Die Münchener Medicin. Wochenschrift erscheint wöchentlich in Nummern von mindestens 2½—3 Bogen. Preis vierteljährlich 6 M., praenumerando zahlbar. Einzelne Nummer 60 ₰.

MÜNCHENER

Zusendungen sind zu adressiren: Für die Redaction Ottostrasse 1. — Für Abonnement an J. F. Lehmann, Landwehrstr. 70. — Für Inserate und Beilagen an Rudolph Mosse, Promenadeplatz 16.

# MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

(FRÜHER ÄRZTLICHES INTELLIGENZ-BLATT)

ORGAN FÜR AMTLICHE UND PRAKTISCHE ÄRZTE.

Herausgegeben von

Ch. Bäumler, Freiburg i. B. O. Bollinger, München. H. Curschmann, Leipzig. C. Gerhardt, Berlin. W. v. Heineke, Erlangen. G. Merkel, Nürnberg. J. v. Michel, Würzburg. H. v. Ranke, München. F. v. Winckel, München. H. v. Ziemssen, München.

№ 37. 15. September 1896. Redacteur: Dr. B. Spatz, Ottostrasse 1. Verlag: J. F. Lehmann, Landwehrstr. 70. 43. Jahrgang.

## Originalien.

Aus der Untersuchungsstation des k. Garnisonlazareths Würzburg.

### Morphinchlorid gegen Vergiftung mit Kaliumcyanid.

Von Dr. *L. Heim.*

Ein 7,974 g schwerer Versuchshund, der vor Monaten einmal zur Blutentnahme gedient hatte, sollte getödtet werden. Er erhielt um 10½ Uhr 0,4 g Morphium unter die Rückenhaut, war zunächst sehr aufgeregt, lief heulend und winselnd umher, erbrach, wurde allmählich ruhiger und verfiel dann in Schlaf. Um den tödlichen Ausgang zu beschleunigen, wurden ihm um 11½ Uhr auf zweimal, zusammen etwa 10 ccm einer Cyankaliumlösung eingespritzt, die der Titration mit 1/10 Normal-Silbernitrat-Lösung zufolge 3,3 Proc. KCN enthielt. Aber die Folge entsprach der Erwartung nicht: der Hund fing an, zu sich zu kommen und, wenn auch nicht ganz sicher, so doch verhältnissmässig munter zu laufen, wie zu Beginn der Morphiumvergiftung. Erst nach und nach stellten sich die Erscheinungen der Cyanvergiftung ein, das Thier bekam Krämpfe, fiel um, wälzte sich auf dem Rücken in dem Bestreben, wieder auf die Beine zu kommen und ging schliesslich unter krampfhafter Respiration gegen 1½ Uhr zu Grunde. Es war nach der Einspritzung der KCN-Lösung unverkennbar eine Besserung in dem Befinden des Hundes eingetreten, die vielleicht länger angehalten hätte, wenn die KCN-Gabe geringer gewesen wäre. Diese Beobachtung erschien einer Prüfung durch weitere Thierversuche werth.

Aus äussern Gründen war es mir aber unmöglich, die Arbeit in grösserem Umfange durchzuführen; Mangel an Zeit und an grösseren Thieren nöthigten mich zur Experimentirung in beschränktem Maasse und an weissen Mäusen; aber schon dabei erhielt ich Ergebnisse, die Veröffentlichung verdienen. Die Versuche habe ich gemeinsam mit Herrn Kurt Sandrog angestellt.

Wenn die Beobachtung richtig ist, dass die Erscheinungen der Morphiumvergiftung durch Cyankalium in einem für den Organismus günstigem Sinne beeinflusst werden, indem beim Zusammentreffen beider Substanzen im Körper weniger giftige Producte entstehen, so wird auch das Umgekehrte der Fall sein können. Da es für die Praxis bedenklich erschien, eine Cyankaliumeinspritzung gegen Morphiumvergiftung zu geben, so stellte ich die Frage: Ist es möglich, durch subcutane Einführung von Morphiumchlorid in einer Gabe, die unter der tödlichen liegt, eine tödliche Dosis von Cyankalium unschädlich zu machen?

Die Durchsicht der Literatur gab darüber keinen Aufschluss. Als Mittel gegen Cyanvergiftung wurden empfohlen: Atropin von Preyer, Wasserstoffsuperoxyd von Kobert und Krohl, Kaliumpermanganat von Kossa, Kobaltnitrat von Antal und Natriumthiosulfat von Lang.

Zunächst musste die tödliche Dosis der beiden Mittel für weisse Mäuse herausgebracht werden; in den beiden Tabellen sind der Klarlegung halber auch die bei den spätern Versuchen als Controlen verwendeten Thiere mit eingenommen.

Versuche mit Kaliumcyanid.

| No. | Gramm Körper-Gewicht | Verhältniss von Gift zu Gewicht | Tod nach Minuten |
|---|---|---|---|
| 1 | 23,5 | 1 : 10 000 | 4 |
| 2 | 15,0 | 1 : 10 714 | 2 |
| 3 | 18,0 | 1 : 12 857 | 30 |
| 4 | 16,2 | 1 : 13 000 | 5 |
| 5 | 19,0 | " | 34 |
| 6 | 26,0 | " | 22 |
| 7 | 14,0 | " | 22 |
| 8 | 12,0 | " | 13 |
| 9 | 20,0 | 1 : 14 286 | 255 |
| 10 | 24,5 | 1 : 20 000 | — |
| 11 | 21,0 | 1 : 21 000 | 262 |
| 12 | 27,5 | 1 : 30 000 | — |
| 13 | 20,5 | 1 : 40 000 | — |
| 14 | 26,0 | 1 : 50 000 | — |

Versuche mit Morphium hydrochloricum.

| No. | Gramm Körper-Gewicht | Verhältniss von Gift zu Gewicht | Tod nach Minuten |
|---|---|---|---|
| 15 | 21,5 | 1 : 21 500 | — |
| 16 | 18,3 | 1 : 18 000 | — |
| 17 | 20,0 | " | — |
| 18 | 20,0 | " | — |
| 19 | 14,0 | " | — |
| 20 | 19,0 | 1 : 15 000 | 5 000 |
| 21 | 23,0 | 1 : 11 500 | 4 320 |
| 22 | 20,0 | 1 : 10 000 | 2 700 |
| 23 | 19,0 | 1 : 5 000 | 1 200 |
| 24 | 18,0 | 1 : 2 500 | 1 000 |
| 25 | 23,0 | 1 : 1 000 | 190 |
| 26 | 22,0 | 1 : 440 | 37 |
| 27 | 18,0 | 1 : 180 | 40 |

Nun wurden Thiere zuerst mit Kaliumcyanid 1 : 13 000 und einige Minuten später mit salzsauerm Morphium 1 : 18 000 behandelt; zunächst 2 Mäuse in einem Zwischenraum von 10 Minuten zwischen beiden Einspritzungen:

Das eine Thier von 19 g konnte nicht mehr gerettet werden; es ging rasch zu Grunde, 16 Minuten nach der Vergiftung mit KCN.

Das andere, 18 g schwere Thier dagegen, das zur Zeit der Morphineinspritzung schon schwere Erscheinungen aufwies und verloren schien, begann sich danach sichtlich zu erholen und war nach 2½ Stunden wieder vollkommen munter.

Controlen No. 4 und 5, 16 und 17.

In einem zweiten Versuche wurde die Zeit zwischen den beiden Einspritzungen auf 4 Minuten verringert, doch starb auch diesmal eins der beiden Thiere, aber ziemlich spät; die 24 g schwere Maus zeigte ausserordentlich heftige Krämpfe, sank wie todt auf die Seite, erholte sich (45 Min. nach der Morphiumbehandlung) und setzte sich wieder auf; dann trat nach Krämpfen, Laufbewegungen, theilweisen Lähmungserscheinungen und krampfhaften Respirationsbewegungen 144 Minuten nach der KCN-Einverleibung der Tod ein.

Bei der andern, 27 g schweren Maus waren die Erscheinungen minder schwer; sie blieb im Allgemeinen ruhig sitzen, hielt den Schweif gerade in die Höhe und fühlte sich kühl an, erholte sich aber im Laufe der nächsten Stunden vollkommen.

Controlen No. 6 und 7, 18 und 19.

Wir haben dann noch 6 Mäuse, die schon im Versuch gewesen waren und in der folgenden Tabelle an ihren Nummern wieder zu erkennen sind, der doppelten Einspritzung unterworfen (M = mit Morphium, C = mit Cyankalium früher behandelt):

| Frühere Nummer | Letzte Behandlung vor Tagen | Letzte Behandlung mit | Veränderung des Gewichts | Minuten zwischen den 2 Injectionen | Tod nach Minuten |
|---|---|---|---|---|---|
| 16 | 2 | M | — 0,8 | 4 | — |
| 17 | 2 | M | — 0,3 | 4 | — |
| 15 | 9 | M | — 3,3 | 5 | — |
| 14 | 10 | C | ± 0 | 5 | 60 |
| 13 | 7 | C | — 0,5 | 17 | 190 |
| 10 | 7 | C | ± 0 | 16 | — |

Sämmtliche Mäuse waren so schwer krank, dass wir sie für verloren hielten, aber sie erholten sich bis auf zwei wieder und diese starben ziemlich spät; beide waren früher einer Cyankaliumvergiftung mit nicht tödtlicher Dosis ausgesetzt gewesen. Es ist vielleicht (wenigstens bei No. 16 und 17) kein Zufall, dass von den früher mit Morphium injicirten Mäusen keine erlegen ist. Wir haben übrigens von diesem Gesichtpunkt aus den beiden Morphiumcontrolmäusen No. 18 und 19 nachträglich noch die tödtliche Gabe Cyankalium gegeben, und zwar der No. 18 nach 23, der No. 19 nach 54 Stunden; beide starben, die No. 18 verspätet nach 140, die andere nach 19 Minuten (Controle No. 8).

Aus unsern Versuchen geht zweifellos hervor, dass die nachträgliche subcutane Einverleibung einer nicht tödtlichen Dosis von Morphium thatsächlich Mäuse vor dem sichern Tod durch Cyankalium zu retten oder wenigstens den Eintritt des Todes in der Mehrzahl der Fälle hinauszuschieben vermag. Denn kurz zusammengefasst wurden von 10 nach der Cyanvergiftung mit Morphium behandelten Mäusen 6 gerettet, 3 starben erst nach 1—3 Stunden und nur 1 erlag ebenso rasch wie im Durchschnitt die Controlthiere; die sämmtlichen 5 nicht weiter behandelten Controlmäuse gingen binnen etwa 1/2 Stunde zu Grunde.

Erstaunlich sind die Giftmengen, die der Mäusekörper erträgt. Von KCN können bis zu 0,03, möglicherweise sogar 0,04 g, von Morphium 0,06 g auf's Kilo Thier subcutan gegeben werden, ohne dass der Tod erfolgt. Nach Lang sind 7,2 mg KCN (= 3 mg Blausäure) für's Kaninchen die tödtliche Dosis bei subcutaner Anwendung, wir ermittelten dagegen für die Maus 7,7 mg. Für Hunde bestimmte Lang als absolut letale Dosis bei innerer Verabreichung 4 mg Blausäure auf's Kilo; unter 7 von ihm mit Blausäure innerlich und mit Thiosulfat subcutan behandelten Hunden starben zwei im Gewichte von 6,300 und 7,300 g an 78,0 und 79,8 mg Blausäure nach 35 und 15 Minuten; unser Eingangs erwähnter 7,974 g schwerer, mit Morphium vorbehandelter Hund hatte subcutan etwa 137 mg Blausäure bekommen und erlag erst nach 2 Stunden.

Für die Erklärung der von uns gefundenen Thatsache lässt sich die Reaction, die beim Zusammenbringen einer Lösung von Morphinchlorid und von Kaliumcyanid im Reagensglase entsteht, nicht verwerthen: es findet hier nämlich nach kurzer Zeit eine Ausscheidung von Crystallen reinen Morphins unter Freiwerdung von HCN statt. Im Körper müssen die Umsetzungen ganz andere Producte liefern. Ich meine, man kann sich den Vorgang so vorstellen, dass bei der gegenseitigen Einwirkung von KCN und Morphin unter Mithilfe des Fe im alkalischen Blute Oxydimorphin und Berliner Blau entstehen, beides relativ ungiftige Stoffe.

Wenn sich die günstige Wirkung des Morphins bei der Cyanvergiftung in weitern Versuchen an grösseren Thieren bewähren wird, so ist Aussicht vorhanden, dass sie auch für die Behandlung beim Menschen mit Nutzen verwendet werden kann. Möglicherweise bietet sich schon eher Gelegenheit, das Mittel in der Praxis anzuwenden, das vor andern zum gleichen Zweck empfohlenen den Vortheil hat, am ehesten zur Hand zu sein. Interessant wäre die Beobachtung eines Falles von Cyanvergiftung bei einem Morphinisten.

**Benützte Literatur:**

W. Preyer, Die Blausäure, Bonn bei M. Cohen & Sohn) 1868.
R. Kobert und Krohl, Dorpater pharmakol. Studien, 7. 130.
Virchow's Jahresbericht 1891. 412.
Kossa, Ungarisches Archiv 1, V. J. 1893. 400.
Antal, V. J. 1894. 393.
Lang, Archiv f. exp. Path. u. Pharmak. v. Naunyn u. Schmiedeberg, 36. 75.
Binz, Vorlesungen über Pharmakologie, Berlin bei Hirschwald.
R. Kobert, Lehrbuch der Intoxicationen, Stuttgart bei F. Enke (darin weitere Literaturangaben).

---

Aus der medicinischen Klinik zu Freiburg i. B. (Geh. Rath Bäumler).

## Ueber die Frühdiagnose des Carcinoma ventriculi.

Von Privatdocent Dr. *A. Schüle,* Assistenten der Klinik.

Wenige Gebiete der Magenpathologie haben in den letzten Jahren ein so eingehendes Studium erfahren, wie die Diagnostik des beginnenden Magencarcinoms. Diese Frage hat an Interesse eben gleicherweise zugenommen, wie die chirurgische Technik die Grenzen der operativen Behandlung maligner Tumoren des Magens erweitert hat.

Das Ideal des Internisten wäre es, ein Carcinom des Magens ebenso frühzeitig diagnosticiren und zur Operation vorschlagen zu können, wie man einen malignen Tumor des Uterus oder der Mamma zu excidiren im Stande ist.

Leider sind wir von diesem Ziele noch recht weit entfernt. Die Durchleuchtung des Magens nach Einhorn und Meltzing hat es bis jetzt noch zu keinem befriedigenden Resultate gebracht. Wir kennen ausser dem Tumor kein Symptom, welches als absolut pathognomonisch anzusprechen wäre und gerade in den Anfangsstadien lässt die Palpation uns oft im Stiche. So sind wir genöthigt, die Diagnose auf Grund von Nebensymptomen zu stellen, deren Dignität eine sehr verschiedenartige ist.

In einer früheren Arbeit[1]) habe ich an der Hand eines grösseren krankengeschichtlichen Materials die Symptomatologie des Carcinoma ventriculi einer Besprechung vom diagnostischen Standpunkte aus unterzogen.

Die folgenden Zeilen sollen jene Ausführungen in einigen Punkten ergänzen helfen. Zur Benützung standen mir hierbei 40 Krankenjournale der hiesigen Klinik, darunter mehrere eigene Beobachtungen, für deren Ueberlassung ich meinem verehrten Chef, Herrn Geh. Rath Bäumler, auch hier meinen verbindlichsten Dank ausspreche.

Was zunächst die vielbesprochene Frage der fehlenden Salzsäure betrifft, so hatte die früher erhobene Heidelberger Statistik (88 Fälle) ergeben, dass in rund 80 Proc. Anachlorhydrie besteht.

Eine Vergleichung mit den Beobachtungen der Freiburger Klinik bestätigt diese Angaben: Unter 40 sicher als «Carcinom» diagnosticirten Fällen (darunter 24 Autopsien in vivo resp. p. m.) fand sich bei 32 (d. h. 80 Proc.) völliges Versagen der Farbstoffreactionen; bei 4 (10 Proc.) fielen dieselben positiv aus, 4 zeigten ein schwankendes Verhalten.

In einer kürzlich erschienenen, sehr eingehenden Studie über das Magencarcinom[2]) berichtet Hammerschlag über 42 Fälle, wovon 90 Proc. Anachlorhydrie aufwiesen.

Es steht also fest, dass in der grossen Mehrzahl der Magenkrebse die freie Salzsäure verschwindet und zwar gleichgiltig wo der Tumor localisirt ist. Ausserdem aber — und das schränkt die Wichtigkeit dieses Symptoms bedeutend ein — fehlt die freie Säure auch bei zahlreichen anderen Krankheiten, sowohl des Magens als auch des gesammten Organismus überhaupt. Ich hatte nun s. Z. daran gedacht, in der Bestimmung des HCl-Deficits einen Factor gewonnen zu haben, welcher uns in Stand setzte, «aus den zahlreichen Fällen von Anachlorhydrie die Carcinomverdächtigen noch sicherer auszuscheiden, als wir es bis jetzt können.» Werthe von über 35 Proc. (0,13 Proc.) schienen mir besonders suspect zu sein. Dem entgegen fand Hammerschlag (l. c.) unter 9 Krebskranken nur bei 4 ein HCl-Deficit von über 0,1 Proc.

In den letzten 2 Jahren wurde von mir regelmässig das HCl-Deficit bei Anachlorhydrie bestimmt, wobei sich sehr variable Befunde ergaben. Sicher ist es, dass bei vielen malignen Tumoren

[1]) Münchener med. Wochenschrift 1894. Beiträge zur Diagnostik des Magencarcinoms.
[2]) Archiv für Verdauungskrankheiten II.

des Magens ein ganz unbedeutendes Deficit besteht, bei manchen allerdings auch ein hohes (bis 50 Proc. und mehr).

Die Salzsäureinsufficienz ist eben kein Symptom des Carcinoms als solchem, sondern der durch dasselbe gesetzten Schädigung des secernirenden Parenchyms. Diese Störung durchläuft nach und nach ihre verschiedenen Stadien: zuerst ist sie gering, es kommt noch zur Absonderung freier HCl; dann nimmt die Drüsenthätigkeit langsam ab, es tritt ein Deficit auf, welches nach und nach immer erheblicher wird. Wenn ich nun auch meine früher, allerdings mit grosser Reserve, geäusserte Vermuthung modificiren muss, so scheint mir doch Das richtig zu sein, dass sehr hohe Grade von HCl Deficit, also etwa von 40 Proc. an, fast nur beim Carcinom des Magens zu beobachten sind. Selbstverständlich können sie auch bei einer primären schweren Atrophie der Mucosa vorkommen, aber solche Fälle sind ziemlich selten. Unser Schluss ist also der: wo ein grosses Salzsäuredeficit vorliegt, muss die Schleimhaut eine sehr erhebliche Schädigung erfahren haben — die häufigste Ursache einer solchen aber ist das Carcinom.

Von Boas ist dann (1893) die Milchsäure für die Diagnostik verwerthet worden. Eine recht erhebliche Literatur (cfr. de Jong, Archiv für Verdauungskrankheiten II. 1.) giebt Zeugniss von dem grossen Interesse, mit welchem diese Frage allseitig behandelt worden ist.

Indess auch der Milchsäure ist es ergangen, wie s. Z. der HCl. Zuerst für pathognomonisch erklärt, wurde ihre Bedeutung als diagnostisches Merkmal ganz geleugnet, endlich scheint man sich auf einem Mittelwege einigen zu wollen.

Bekanntlich konnten mehrere Autoren (Klemperer, Bial, Strauss u. A., cfr. besonders die sorgfältige Arbeit von Langguth aus der Klinik von Riegel. Arch. f. Verd. Krankh. I) Milchsäure auch bei nicht carcinomatösen Magenaffectionen beobachten; mir ist indess kein solcher Fall vorgekommen und ich muss daher Hammerschlag durchaus beipflichten, wenn er (l. c.) dem Nachweis der Milchsäure eine grosse diagnostische Bedeutung zuerkennt.

Auf die Entstehungsweise derselben näher einzugehen ist hier nicht der Ort. Boas brachte die Bildung der Milchsäure mit der motorischen Insufficienz des carcinomatösen Magens in ursächliche Verbindung. Gerade die malignen Tumoren sollten schon «sehr frühe», auch bei intactem Pylorus ausgesprochene Stagnationszustände bewirken können.

Dieser Behauptung, welche Hammerschlag ebenfalls acceptirt, kann ich auch heute noch nicht beipflichten. In der früher (Münchener med. Wochenschr. 1894) mitgetheilten Statistik wiesen nur 13 Proc. der nicht am Pylorus ergriffenen Mägen motorische Insufficienz auf. Das Material der Freiburger Klinik hat ein noch prägnanteres Resultat ergeben: Unter 20 Fällen ist nur 1mal notirt, dass Morgens Speisereste gefunden wurden, sonst war der nüchterne Magen stets leer. Wohl mag es vorkommen, dass 1 Stunde nach P.-F. noch relativ viel von dem Probeessen exprimirt wird, dass also eine gewisse Herabsetzung der motorischen Kraft besteht; indess wird maassgebend nur der Befund am nüchternen Magen sein. Eine solche Untersuchung bedarf auch keiner besondern Uebung, dieselbe kann von einem Jeden mittelst einer einfachen Ausspülung vorgenommen werden.

Die eigenen Beobachtungen sowohl, als auch die Journale der hiesigen Klinik zeigen ganz deutlich, dass irgendwelche erheblichere Motilitätsstörungen beim Carcinom des Magenkörpers nicht die Regel sind, wenn sie natürlich zweifellos auch gelegentlich vorkommen.

Wie viel übrigens ein Magen ertragen kann, ohne wesentlich an Functionstüchtigkeit einzubüssen, mögen folgende Sectionsprotokolle zeigen:

1. Wehrle. C. ventr. Keine fr. HCl, keine Speisereste im nüchternen Magen.

Bei der Autopsie zeigt sich der Magen nach Eröffnung desselben in eine das ganze Organ umgreifende derbe Geschwulstmasse umgewandelt, welche noch ganz mit Schleimhaut überzogen ist.

2. Sparapani. Keine fr. HCl, keine Speisereste im nüchternen Magen.

Autopsie: Die ganze kleine Curvatur ist von grossen, zahlreichen, blumenkohlartigen, carcinomatösen Excrescenzen eingenommen, die an der Oberfläche zerfallen sind. Breite Verwachsung mit der Leber.

3. Jäger. Keine fr. HCl, keine Speisen im Magen ausser Resten des vorher (1 Stunde) eingenommenen P.-F.

Autopsie: Breite Verwachsung des Magens mit der Leber. Carcinom der kleinen Curvatur.

Wenn wir aus den obigen Ausführungen einen Schluss ziehen, so muss zugegeben werden, dass von allen angeführten Symptomen keinem eine besondere Dignität für sich allein zuerkannt werden darf.

Meines Erachtens sind die Carcinome des Pylorus verhältnissmässig am leichtesten zu diagnosticiren, weil bei diesen die motorische Störung schon sehr früh sich bemerklich macht. Treten bei einem vorher ganz magengesunden Menschen plötzlich Stagnationszustände auf, so muss in erster Linie an einen Tumor der Pylorusgegend gedacht werden. Befestigt wird die Diagnose durch das Fehlen der freien Salzsäure, eventuell mit erheblichem Deficit und Auftreten von Milchsäure. Alles dies kann sich schon finden vor dem Auftreten einer palpabeln Geschwulst.

Ergiebt die Anamnese Anhaltspunkte für ein früher bestandenes Ulcus rot., so erschwert dies die Diagnosestellung, da es sich dann auch um Narben oder perigastritische Verwachsungen handeln kann.

Fehlt nun aber die freie Salzsäure, so spricht dies in hohem Maasse für Carcinom, da bei einer Stenose ex ulcere Anachlorhydrie eine Seltenheit wäre. Ist die freie Salzsäure vorhanden, so kann ein Ulcus carcinomatosum vorliegen oder eine gutartige Stenose.

Schwieriger liegen die Verhältnisse, wenn ohne jede Motilitätsstörung sich allmählich ein Status gastricus herausbildet, dabei weder ein Tumor, noch Drüsenschwellungen zu constatiren sind.

Kann nun Milchsäure nachgewiesen werden, so fällt dies bedeutsam in die Wagschale für die Diagnose «Carcinom» (cfr. Hammerschlag l. c. pag. 35). Differentialdiagnostisch kommt hier der chronische Katarrh und (speciell bei Weibern) die Enteroptose in Betracht. Eine Frühdiagnose wird sich in den meisten dieser Fälle nicht stellen lassen.

---

## Ein Beitrag zur operativen Behandlung des Ulcus ventriculi.

Von Prof. Dr. *F. Klaussner* in München.

Durch Ulcus ventriculi bedingte Verwachsungen der Vorderwand des Magens mit dem parietalen Bauchfellüberzuge gehören zu den immerhin seltenen pathologisch-anatomischen Befunden; noch seltener haben dieselben bis jetzt Anlass zu einem operativen Eingriffe gegeben.

Es dürfte daher die Mittheilung eines Falles, bei dem anlässlich einer solchen Verlöthung die Operation vorgenommen wurde, einiges Interesse bieten.

Das 21jährige Dienstmädchen M. S. gibt an, zum ersten Male am 18. September 1891 unter heftigen Schmerzen in der linken Bauchseite erkrankt zu sein. Welcher Art die Krankheit gewesen sei, habe sie nicht in Erfahrung bringen können. Die Schmerzen seien nach circa 3 Wochen geringer geworden, so dass sie einem leichteren Dienste wieder nachzukommen vermochte, hätten jedoch nicht ganz nachgelassen; auch sei damals häufig Erbrechen eingetreten.

Ein Jahr später setzte intensive Schmerzhaftigkeit entsprechend der linken regio epigastrica auf's Neue ein und wurde Patientin nun «wegen einer Brust- und Rippenfellentzündung» behandelt. Die Schmerzen waren so gross, dass sich S. nicht aufrecht halten konnte. Eisapplication und feuchte Wickelungen halfen nichts, nur Morphium linderte dieselben etwas. Als Nahrung diente lange Zeit Milch und leichter Kaffee, da andere Speisen nicht vertragen wurden.

In den letzten 3 Jahren traten die Schmerzen theils sehr intensiv und plötzlich auf, um nach kurzer Zeit wieder geringer zu werden, theils hielten sie, minder intensiv, Wochen hindurch an. Ganz schmerzfrei fühlte sich Patientin nie; ab und zu stellte sich auch Erbrechen ein.

Die Nahrungsaufnahme war nicht mehr besonders gestört; die Schmerzen unmittelbar danach nicht grösser als sonst auch.

Die erstmaligen Untersuchungen der wohlgenährten Patientin führten zu keiner bestimmten Diagnose; man glaubte an der Stelle, welche Patientin als die sowohl spontan wie besonders auf Druck schmerzempfindlichste bezeichnete und die der Gegend zwischen Processus ensiformis und dem unteren Rippenbogen entsprach, eine mässige Resistenz wahrzunehmen, die aber auch nur dem Ansatzpunkte des angespannten Rectus zugeschrieben werden konnte. Hysterie schien nicht ganz ausgeschlossen.

Bei einer späterhin vorgenommenen tiefen Narkose konnte man sich mit Bestimmtheit überzeugen, dass oben erwähnter Stelle entsprechend eine flache, klein-handtellerbreite, derbere Masse vorhanden war, die nach oben vom Schwertfortsatze und den unteren Rippenbogen begrenzt, nach abwärts ohne bestimmte Grenze in den Muskeln (besonders Rectus sin.) sich verlor.

Die diffuse derbe Infiltration erweckte den Gedanken an Sarkom oder luetische Schwiele.

Es wurde nun Jodkalibehandlung eingeleitet; Patientin magerte in 2 Wochen beträchtlich ab, der Tumor aber war nicht verschwunden, sondern in Folge der Abmagerung deutlicher wie vorher als plattenartiges, leicht erhabenes Gebilde von Kinderhandgrösse zu fühlen.

Es wurde der Versuch der Entfernung auf operativem Wege beschlossen und am 29. Februar ds Jrs. die Operation ausgeführt.

Mit einem schräg von innen, unten nach oben, aussen über die höchste Kuppe des Tumors verlaufenden Schnitte wurde dieser frei gelegt, wobei sich sofort unter der Haut ein schwieliges, fibröses Gewebe präsentirte; es wurden mehrere, einige Millimeter dicke Schichten von circa Thalergrösse flach abgetragen.

Die derben Massen setzten sich diffus in das umgebende Muskelgewebe fort; eine scharfe Begrenzung war nirgends bemerkbar. Beim weiteren Abtragen entstand trotz aller Vorsicht plötzlich und unversehends eine kleine Oeffnung, aus der Luft hervordrang. Der Localisation nach konnte ebensowohl der Pleuraraum an der Diaphragmagrenze, als auch die Abdominalhöhle eröffnet sein. Da ein Pneumothorax nicht aufgetreten war, blieb die letztere Annahme die nächstliegende; doch auch diese bestätigte sich nicht. Der in die erweiterte Oeffnung eingedrungene Finger tastete eine mit Schleimhaut ausgekleidete, grössere Höhle (ohne Inhalt) ab. Der Magen, an der vorderen Bauchwand durch eine breite Narbe adhaerent, war eröffnet worden. Offenbar war also hier ein Ulcus ventriculi, das niemals deutlich hiefür sprechende Symptome gezeigt hatte, durchgebrochen und hatte zu entzündlicher Verlöthung der vorderen Magen- mit der Bauchwand geführt, wodurch die bei der Patientin ständig vorhandenen, durch die Zerrung bedingten Schmerzen ihre Erklärung fanden.

Da zu einem weiteren, ernsteren Eingriffe die Erlaubniss der Patientin erst erholt werden musste, wurde die Oeffnung mit Jodoformgaze tamponirt und die Hautwunde zum Theil durch Nähte vereint.

Nach erholter Einwilligung wurde wenige Tage später die 2. Operation, die selbstverständlich nur in einer Laparotomie und dem Versuche der Loslösung des Magens von der Bauchwand bestehen konnte, vorgenommen.

Es wurde ein grosser, vom Processus ensiformis beginnender, ungefähr 3 Finger breit unter den unteren Rippenbogen und parallel mit diesem verlaufender, 21 cm langer Hautschnitt ausgeführt und hiemit die sämmtlichen infiltrirten Theile umschnitten. Der Schnitt durchdrang die Weichtheile bis auf das Peritoneum, das erst nach gehöriger Blutstillung eröffnet wurde.

Nun zeigte sich, dass der Magen mit seiner Vorderwand ungefähr thalergross mit dem Peritoneum parietale verlöthet war und dass diese Verwachsung, unter dem Rippenrande beginnend, nach aufwärts gegen die Cardia zu sich erstreckte. In Folge dieser unangenehmen Localisation war die Ablösung recht mühsam und die Gefahr einer Eröffnung des Pleuraraumes durch Verletzung des Zwerchfelles, gegen das sich die Schwielen erstreckten, sehr naheliegend; bei aller Vorsicht gelang sie und konnte nun der Magen, dessen von dem ersten operativen Eingriffe herrührende Einschnittsöffnung mit Jodoformgaze tamponirt worden war, ziemlich gut vorgezogen werden. Nach erfolgter Ablösung zeigte sich (vgl. Hofmeister), dass die den Magen mit der Bauchwand verlöthende Partie viel kleiner (thalergross) als die Infiltration, die in den Bauchdecken von aussen gefühlt werden konnte (klein-Handtellergross), war. Er wurde nun auf sterile Compressen gelagert und nun das Narbengewebe in Form einer längsverlaufenden Ellipse excidirt. Die so entstandene Magenwunde wurde durch eine doppelte Reihe Lembert'scher Nähte (mit Seide) in der Längsrichtung exact vereint, die grosse Bauchwunde durch Peritoneal-Muskel- und Hautnaht geschlossen.

Der weitere Verlauf war ein recht zufriedenstellender.

Patientin bekam in der ersten Zeit nur wenige, flüssige Kost; nach der Nahrungsaufnahme stellte sich in den nächsten Tagen noch ab und zu Würgen und Erbrechen ein; doch waren, wenn auch nach dem Erbrechen etwas Schmerzen auftraten, dieselben gegen früher sehr geringe; namentlich waren die schlimmen, krampfartigen Anfälle völlig verschwunden.

Patientin erholte sich rasch, nahm an Körpergewicht bedeutend zu und befindet sich gegenwärtig (Ende August) völlig wohl und schmerzfrei, so dass sie in ihrer Stellung als Zimmermädchen alle Arbeit ohne Beschwerden verrichten kann.

Nachdem nunmehr ein halbes Jahr seit Vornahme der Operation vergangen ist, ist die Annahme wohl berechtigt, es werde der bisher erreichte Erfolg ein dauernder bleiben.

Operative Eingriffe anlässlich der Verwachsung des Magens mit der vorderen Bauchwand sind, wie Eingangs erwähnt, bis jetzt noch nicht häufig vorgenommen worden.

Hofmeister citirt in seiner ausführlichen Arbeit über die operative Behandlung des Ulcus ventriculi [1]), auf die hiemit speciell verwiesen sei, ausser dem von ihm operirten Falle einen aus der Billroth'schen und einen aus der Miculicz'schen Klinik. Diesen dreien schliesst sich der von mir beobachtete an, den ich am 22. April d. J. im Münchener ärztlichen Verein zu demonstriren die Ehre hatte. [2]) Weiterhin findet sich im Centralblatt für Chirurgie [3]) (30. Mai d. J.) ein casuistischer Beitrag zur operativen Behandlung des Magengeschwüres von Dr. Ali Krogius, Docent an der Universität zu Helsingfors.

Uebereinstimmend wird die Schwierigkeit der Diagnose hervorgehoben. Billroth glaubte, es handle sich um einen Bauchdeckentumor, Miculicz sprach sich nicht bestimmt aus, Hofmeister dachte an Tumor oder verwachsenes Ulcus, wir erwogen die Möglichkeit einer gummösen oder sarkomatösen Infiltration, Krogius glaubte einen wahrscheinlich mit dem Magen in Zusammenhang stehenden Bauchdeckentumor vor sich zu haben.

In allen Fällen handelte es sich um Frauen; wichtig ist, wie Krogius erwähnt, bei Patienten, die den Verdacht auf eine solche Complication des Ulcus ventriculi aufkommen lassen, auf die doch immer vorhandenen Magenschmerzen, die Anwesenheit freier Salzsäure und eventuell vorhanden gewesenes Blutbrechen zu achten.

Wenn nun auch in den bis jetzt berichteten 5 Fällen ein glückliches Heilresultat zu verzeichnen ist, so bleibt immerhin zu bedenken, dass der Eingriff ein ernster ist, ja dass sich während der Operation Schwierigkeiten ergeben können, die nur mühsam, vielleicht auch gar nicht zu überwinden sind. Nichts desto weniger wird die Operation zu versuchen sein, da ja die unerträglichen Schmerzen, an denen die Patienten in Folge der Verwachsungen und der dadurch bedingten Zerrung bei den Bewegungen des Magens leiden, nur durch eine solche behoben werden können.

Das Nächstliegende, was vorzunehmen wäre, ist, wie es auch Hofmeister's Ansicht ist, der Versuch der Ablösung des Magens von der vorderen Bauchwand. Doch gelingt dies nicht immer ohne Verletzung desselben; nur Miculicz vollendete die Operation ohne Eröffnung des Magens. Billroth, Hofmeister, Krogius und mir passirte es, dass die Magenwand unversehends eingeschnitten wurde. Dies kann sich sehr leicht ereignen, weil eben in dem derben, schwieligen Gewebe die Abschätzung, wie tief man gehen darf, sehr schwierig, oft unmöglich ist.

Die Frage, ob, wenn auch die Ablösung ohne unangenehme Nebenverletzungen gelingt, dieselbe als das Normalverfahren anzusehen sei, beantwortet Hofmeister mit Recht dahin gehend, dass man stets, so weit irgend angängig, die Resection anschliessen soll, da man nicht wissen kann, ob man die Schwiele in gleichmässiger Dicke abgelöst hat, ob nicht dünnere Partieen in derselben sich befinden, die über kurz oder lang eine erneute Perforation des Magens mit all' ihren Folgen zu veranlassen vermögen. Auch wäre zu bedenken, dass ohne Vornahme der Resection die eben getrennten Flächen der Schwiele sich nach Schluss der Bauchwunde eventuell wiederum in ihrer ganzen Breite oder doch theilweise an einander legen und so eine neue Adhaerenz veranlassen. Ferner gewinnt man bei der Resection durch die Eröffnung des Magens die Möglichkeit, denselben abzutasten und sich so zu überzeugen, ob nicht allenfalls ein weiteres Geschwür vorhanden ist, das dann gleich zu excidiren oder zu thermocauterisiren wäre.

Sowohl die Ablösung der flächenhaften Narbe wie auch die nachfolgende Resection wird nun je nach den anatomischen Verhältnissen in manchen Fällen ganz leicht vorzunehmen sein, in anderen wieder besondere Schwierigkeiten bieten, wie die bis jetzt veröffentlichten Fälle bereits klar legen. Es ist auch denkbar, dass einmal die topographischen Verhältnisse derart gelagert sind, dass die Operation unvollendet bleiben muss.

Liegt die narbige Verwachsung gegen den Fundus des Magens zu und sind keine weiteren ausgedehnteren Verlöthungen mit den Nachbarorganen vorhanden, so wird die Ablösung ganz

[1]) Hofmeister: Zur operativen Behandlung des Ulcus ventriculi. Beiträge zur klinischen Chirurgie. Bd XV Heft II, 1896.
[2]) Münchener medicinische Wochenschrift No. 30, 1896.
[3]) Centralblatt für Chirurgie No. 22, 1896.

glatt vor sich gehen und auch die Excision der schwieligen Partieen aus dem Magen leicht vorzunehmen sein. Hat aber das perforirende Ulcus, höher oben gegen die Cardia zu gelegen, dort Verlöthungen mit der Nachbarschaft eingegangen, so können sich Hindernisse für die Operation ergeben, die nur schwer oder oder auch gar nicht zu bewältigen sind.

So lag in unserem Falle die Eröffnung des Pleuraraumes durch Verletzung des Diaphragma nahe; wären die Verwachsungen noch weiter gegen die Zwerchfellskuppel zu gelegen gewesen, so hätte die Ablösung auf nicht mehr überwindbare Schwierigkeiten stossen und die Operation unvollendet bleiben müssen; wäre bei dem Versuche, den Magen abzulösen, derselbe zufällig angerissen oder angeschnitten worden, dann wäre es fraglich gewesen, ob man die Oeffnung sicher hätte schliessen können. Eine weitere Schwierigkeit liegt bei hohem Sitze der Narbe nach gelungener Ablösung des Magens darin, ob es möglich ist, denselben gut herunterzuziehen, um die Resection exact vornehmen zu können; in unserem Falle ging es eben noch; je höher oben das Ulcus seinen Sitz hat, um so mühsamer wird dieselbe werden. Um das Lumen des Magens in der Cardiagegend nicht zu sehr zu verengen, wäre wohl die quere Vernähung nach Excision der narbigen Partieen das Vortheilhafteste; aber es wird nicht immer gelingen, auch in unserem Falle wäre es nicht gegangen. Daher erklärt sich wohl das Fortbestehen der Schmerzen und des Erbrechens in den ersten Tagen. Die Schwellung war eben eine beträchtliche, so dass das Lumen sehr verengt wurde und somit die Nahrungsaufnahme erschwert war. Mit Abnahme der Schwellung trat dann Besserung ein.

---

Aus der Universitäts-Augenklinik in Heidelberg.

## Noch einmal das Eucaïn.

Von Dr. *Vollert.*

Nach dem Erscheinen meiner Mittheilung[1]) über die Anwendung des Eucaïn in der Augenheilkunde, welches ich nach meinen Erfahrungen nicht zu befürworten im Stande war, übersandte die Schehring'sche Fabrik der Heidelberger Augenklinik ein neues gereinigtes Präparat, mit der Angabe, dass das uns früher übergebene noch Spuren von Methylalkohol enthalten habe, die vermuthlich die, von mir beobachtete, reizende Wirkung verursacht haben könnten. Zu gleicher Zeit erschienen die, das Mittel warm empfehlenden, Beobachtungen da Vinci's in Virchow's Archiv, der Berliner klinischen Wochenschrift, dem deutschen Medicinalanzeiger und den Liebreich'schen therapeutischen Monatsheften. In letzteren verweist da Vinci in einer Fussnote auf den, in der Heidelberger Klinik beobachteten, Einfluss auf Pupille und Accommodation, den er vollständig negirt, mit der Bemerkung, dass er an anderer Stelle auf diese Frage zurückkommen werde. Auch Berger[2]) macht in einer französischen Arbeit auf das Eucaïn in lobender Weise aufmerksam, obgleich ihm in Gegensatz zu da Vinci, die auch von mir angegebenen unangenehmen Eigenschaften, wie Injection der Conjunctiva und Brennen nicht entgangen sind. Diese vermeidet er durch ein, von ihm geübtes, Verfahren, wobei zuerst eine 1 proc., dann 2 proc. Lösung von Eucaïn und Cocaïn, eingeträufelt wird, Manipulationen, die mir in Anbetracht der Einfachheit der Cocaïnanwendung als etwas complicirt erscheinen. Auch er sagt nun, dass bei der ersteren Application eine Aenderung in Accommodation und Pupillenweite nicht eintrete. Beide Autoren betonen ausdrücklich, dass das Epithel der Hornhaut in keiner Weise beeinflusst werde, und heben dies dem Cocaïn gegenüber rühmend hervor.

Diese von meinen Ergebnissen so grundverschiedenen Angaben, sowie die oben erwähnte Zusendung eines gereinigten Präparates seitens der Firma legten mir die Frage einer Nachprüfung mit einer 2 proc. Lösung nahe, deren sich die beiden anderen Beobachter bedient hatten. Bei meinen früheren Versuchen war ich zum grossen Theil von der Erwägung geleitet worden, dass es theoretisch von hohem Interesse sein würde, festzustellen, ob ein dem Cocaïn chemisch so nahe verwandter Körper wie das Eucaïn wirklich keine Pupillen erweiternde und Accommodationslähmenden Eigenschaften besitzt, und ich hatte desshalb die concentrirtere Lösung bevorzugt. Für die Anwendung in der Praxis ist dagegen die Frage zu entscheiden, ob eine schwächere Eucaïnlösung, welche eben noch ausreicht, um eine vollständige Anaesthesie der Binde- und Hornhaut zu bewirken, keine oder doch keine in Betracht kommende Wirkung auf Pupille und Accommodation erzielt.

Um uns kurz zu fassen, finden wir auch bei 2 proc. Lösung Injection und Schmerzhaftigkeit, jedoch in etwas geringerem Grade, als bei der 5 proc. Lösung des früher erhaltenen Eucaïn. Eine minimalste Pupillenerweiterung tritt schon nach 3 Tropfen der ersteren Lösung in einem Zeitraum von annähernd 20 Minuten auf. Doch genügen diese und auch 5 Tropfen binnen 5 Minuten eingeträufelt nicht, um eine ideale, längere Zeit andauernde Anaesthesie herbeizuführen, die für grössere Operationen hinreicht. Hornhaut und Bindehaut bleiben nun lange, manchmal bis $^3/_4$ Stunden, für Sondenberührung unempfindlich, während schon nach 10 Minuten die übliche Fixation mit der Pincette als recht schmerzhaft angegeben wird. Die Pupille erweitert sich entsprechend der Anzahl der Tropfen mehr und mehr, doch erreicht sie nicht im Mindesten die Grösse, die erfolgt, wenn man die gleiche Versuchsanordnung mit Cocaïn einhält. Jedenfalls kann nicht davon die Rede sein, «dass Pupille und Accommodation in keiner Weise beeinflusst werden».

Dass da Vinci und Berger die Epithelveränderungen entgangen sind, mag seinen Grund darin haben, dass die Cornea völlig intact erscheint. Man suche aber bei einer Gabe von 8—10 Tropfen 2 proc. Lösung nach 10—30 Minuten in dem nach der Nase des Versuchsthieres gerichteten Lidwinkel und wird erstaunt sein, daselbst einen weisslichen Schaum zu finden, der sich leicht abheben lässt und feine Fäden nach sich zieht, die dem Fornix conjunctivae zu entstammen scheinen. Mikroskopisch erweisen sich diese Gebilde als Epithelfetzen, denen zahlreiche Fetttröpfchen aus der Harder'schen Drüse beigemengt sind. Ueberlässt man das Auge, dessen Lider bisher vernäht waren, sich selbst, so hat man nach einiger Zeit die Cornea unregelmässig gestippt vor sich, welchem Vorgang, namentlich wenn man noch einige Tropfen zuführt, jene gröberen Veränderungen folgen, die bei unvorsichtiger Anwendung des Cocaïn zur Genüge beschrieben sind.

Dies die Wirkung einer 2 proc. Eucaïnlösung. Für die 5 proc. bleiben meine früheren Angaben vollständig bestehen. Ich überlasse es dem Urtheil der Fachgenossen, zu entscheiden, ob das Mittel wirklich geeignet ist, das Cocaïn auch nur in gewissen Fällen zu ersetzen.

[1]) Diese Wochenschrift 1896, No. 22.
[2]) Revue de Thérapeutique médico-chirurgicale No. 12, 15. Juni 1896.

---

## Die Metallschlauchsonde im Dienste der klinischen Diagnostik, insbesondere des Magen-Darmcanals.

Von Dr. *Franz Kuhn*, Assistent der chirurgischen Klinik zu Giessen.

a) Bougies, Darmrohr und Magensonde.

Seit Jahren mit der Diagnostik des menschlichen Magen-Darmcanals und vorwiegend seiner mechanischen Verhältnisse beschäftigt, sind wir, wie jedenfalls viele, zu der Einsicht gelangt, dass zum Eindringen in dieses im wahrsten Sinne «dunkle» Gebiet, in dieses Labyrinth von Gängen, es als Anfang und Erstes ganz besonderer Apparate bedarf.

Denn was wir bis jetzt an Apparaten haben, ist nicht viel: es ist Magensonde und Darmrohr, wenn wir die Bougies als nicht principiell verschieden annehmen und für neuere Apparate, wie z. B. das Gastroskop etc., noch auf die allgemeine Anerkennung zu warten gezwungen sind, und andere Instrumente, wie Specula, nur eine bescheidene und beschränkte Anwendung, wenigstens der Grösse oder wörtlicher, der «Länge» der Aufgabe gegenüber, gestatten.

Die bis jetzt anerkannten Instrumente, Darmrohr und Magenschlauch, sind sehr einfacher Construction und verdanken es ohne Zweifel ihrer Einfachheit, sich in dem Instrumentenapparat der Aerzte so fest behauptet zu haben.

Aber so einfach ihre Construction, so bescheiden ist auch ihre Leistung und so bemessen die klinischen Befunde, welche mit ihnen klargestellt werden können, natürlich nur, was unser Thema, die mechanisch-anatomischen Verhältnisse des Magen-Darmcanales am Lebenden und deren Beziehungen zu den Nachbarorganen betrifft. Denn was andere Seiten der Diagnostik des Magen-Darmcanals angeht, z. B. die Secretionsverhältnisse des Magens, die Digestion, (diese letztere, soweit sie nicht Resultat mechanisch-anatomischer Verhältnisse) etc., ferner, was die therapeutische Verwendung der vorhandenen Apparate betrifft, sind wir die Ersten, die hiermit erzielten Fortschritte anzuerkennen, selbst wenn wir uns nicht auf die überzeugenden Darstellungen in den neuesten Lehrbüchern, wie Boas, Ewald, Riegel, Rosenheim etc. beriefen. Daher sind wir auch weit entfernt, den Principien und den Einzelheiten der seither verwendeten Apparate, die ein so grosses Gebäude, wie es die Magendarmpathologie jetzt darstellt, haben aufführen helfen, etwas anhängen zu wollen. Trotzdem hat jeder auf diesem Gebiete etwas erfahrene Praktiker jedenfalls den Eindruck, dass für viele einschlägige Fragen, namentlich für die Bedürfnisse des Chirurgen und für die Fragen, die ihm zu lösen noch übrig gelassen sind, unser diagnostisches Instrumentarium mindestens unzureichend ist, weil sich mit ihm die für sein Handeln maassgebende anatomische Diagnose am Lebenden nicht stellen lässt.

Ich betone ausdrücklich am Lebenden. Denn sonst könnte ich mit dem Begriffe einer «anatomischen Diagnose» in einen unbeabsichtigten Gegensatz mit den Auffassungen der modernen Magenpathologie, z. B. den Ausführungen treten, die Riegel seinem neuesten Lehrbuche der Magenkrankheiten voraus stellt. Riegel[1]) betont da mit berechtigtem Nachdruck die grosse Aufgabe des Arztes auch auf diesem Gebiete zunächst der gestörten Function eines Organes seine Aufmerksamkeit zu schenken und diese namentlich als Hauptziel seines therapeutischen Vorgehens im Auge zu behalten, besonders da, wo der pathologische Anatom ohnedies uns die Antwort auf unsere Fragen nach der letzten Ursache schuldig bleibt und geblieben ist. So kann uns beispielsweise allerdings bei Störungen der Secretion des Magens ein mikroskopisches Studium der Schleimhaut wenig helfen. Wie ganz anders steht es aber um die Erkennung der anatomischen Sachlage, wenn es sich um die mechanischen Störungen im Tractus intestinalis, um Hindernisse in der Passage handelt, sei es im Magen, oder mehr noch im Darm! Soll hier wirkliche Heilung geschaffen werden, so ist dies nur auf Grund einer eingehenden, anatomisch-localisirenden Diagnose möglich.

Allerdings bekommt der interne Mediciner zur Zeit auf seine Fragen an das uneröffnete Abdomen, betreffs der mechanischen Verhältnisse im einzelnen Falle, recht bescheidene Antworten und der Chirurg kann ihm, quoad Diagnose, über seine Bedürfnisse noch lange nicht hinweg helfen.

Woher anders kämen denn die zur Zeit täglich zu hörenden Cumulativ-Bezeichnungen, wie «Magenektasie», «Darmstenose», «Ileus», die wir unter uns, rücksichtlich vieler Einzelheiten, nicht ohne eine gewisse Verlegenheit aussprechen, bei denen es aber leider in vielen Fällen trotz der eingehendsten Untersuchung sein Bewenden haben muss.

Wie viele weitergehende Fragen, die, dem Wunsche, zu helfen, mit Nothwendigkeit entspringen müssen, und die vor einem Eingriffe entschieden sein sollten, bleiben ohne Antwort!

Welcher Art ist das Hinderniss? Liegt es im Inneren des Darmes oder in der Darmwand, oder wird es von Aussen durch Zug, Druck oder Abknickung geliefert? — ferner «Wo», zunächst nur in welcher Gegend des Abdomens, rechts, links, oben oder unten, dann genauer noch, in welchem Darm-Abschnitte, d. h. in welcher Entfernung von Mund oder Anus, sitzt die fragliche Stenose? — dann, wie gross ist dieselbe, wie lange, bei chronischen Stenosen z. B. am verengerten Pylorus, wie weit das noch offen gebliebene Lumen? ist sie starr oder nachgiebig? — ferner: Ist die Stenose stationär, oder ist sie wie so viele andere Narbenstenosen u. dgl. in Zunahme oder Abnahme begriffen? Dabei sehen wir zunächst noch von einer eventuellen Beeinflussung der stenosirten Stelle selbst durch die Sondirung ab, eine Möglichkeit, die wir uns für eine andere Besprechung übrig behalten.

Um uns kleine Vorstellungen von der Tragweite einer besseren Vertiefung der Darmdiagnostik zu bilden, machen wir Beispiele:

Stellen wir uns beispielsweise vor einen Fall von chronischer Magenektasie, der, wie es für die Klinik die Regel, im Stadium einer Compensationsstörung des mechanischen Gleichgewichtes, zur Aufnahme kommt. Um die bestehende Störung, die womöglich Jahre lang durch die von der Natur zur Compensation der Stenose bereitwillig gelieferte Hypertrophie der austreibenden Musculatur corrigirt war, im vorliegenden Falle herbeizuführen, ist eben zweierlei denkbar: Eine Zunahme der Stenose, sei sie subacuter Art oder plötzlicher (Abknickung) — oder eine Erlahmung der überangestrengten Musculatur. Dass dies bezüglich unseres therapeutischen Eingreifens getrennte Dinge sind, leuchtet nach den Erfahrungen an anderen Körpercanälen, z. B. den Harnwegen, sehr leicht ein. Doch auch schon früher, ich meine vor der vollendeten Störung der Compensation, lässt sich in den Fragen der Pathologie und Therapie chronischer Magenkrankheiten der Fall denken, dass ein weitschauender Arzt aus prophylactischen Gründen mit mechanischen Mitteln vorgeht. Ist die Magenausspülung in vielen Fällen, mehr noch die Massage und Elektrisirung, auch in diesem Sinne aufzufassen, so wäre eine mechanische Inangriffnahme der z. B. ständig zunehmenden Stenose ein Schritt weiter.

Wir wagen es nämlich, von einer methodischen Bougierung der Pylorusstenose unter bestimmten Voraussetzungen zu sprechen, weil sie uns keineswegs mehr absurd erscheint, nachdem es uns in anderwärts[2]) mitgetheilten Versuchen gelungen ist, den normalen Pylorus des Menschen methodisch und mit Sicherheit vom Munde aus zu sondiren. Auf das Ergebniss unserer diesbezüglichen Versuche werden wir anderwärts ausführlich zu sprechen kommen. Nicht aussichtsloser liegen unsere Erwartungen für weitere theils interne theils chirurgische Fragestellungen betreffs anderer Abschnitte des Darmes am lebenden Menschen.

Schon allein eine eingehende Topographie der Bauchorgane am Lebenden, insbesondere mit Rücksicht auf den Darmtractus und sein Verhältniss zu den Nachbarorganen unter normalen oder pathologischen Verhältnissen böte eine reiche Entschädigung selbst für mühsame Versuche.

Curschmann[3]) machte die Topographie der Bauchorgane an der Leiche zum Gegenstand seiner Studien. Um wie viel mehr wären topographische Aufnahmen, mit oder ohne die Röntgen'sche Photographie, am Lebenden von Interesse, sei es in Fällen von Form- und Lageveränderungen einzelner Darmabschnitte allein, wie z. B. bei Gastroptose, Enteroptose,[4]) oder sei es in Fällen von Tumoren und Neubildungen oder Wanderungen von Organen oder Fremdkörpern im Abdomen, zu deren Auffassung und Behandlung eine eingehende Klarlegung der Lage des Darmes so wichtig ist.

An zweiter Stelle sind alle Formen von Behinderung der Passage im Verlaufe des Darmcanales zu nennen, die langsam sich entwickeln, also subacuter, oder chronischer Natur sind, aber sehr häufig die unentdeckte Ursache chronischer Beschwerden werden. Abgesehen von der Stenose des Pylorus sind dies Formen von Darmstenose, sei es dass sie durch Erkrankungen (Geschwüre, Neubildungen) der Darmwand selbst, oder durch Einwirkungen von Aussen (Drehungen, Adhaesionen, Stränge) zu Stande gebracht werden.

---

[1]) F. Riegel, Die Erkrankungen des Magens. I. Theil. Allgemeine Diagnostik und Therapie. Wien 1896.

[2]) F. Kuhn: Die Sondirung des Pylorus am lebenden Menschen vom Munde aus. Münch. med. Wochenschr. 1896, No. 29.

[3]) Curschmann: Topographie der Bauchorgane. Deutsches Archiv für klin. Med. LIII. 1894.

[4]) Fleiner: Ueber die Beziehungen der Form und Lageveränderungen des Magens und des Dickdarms zu Functionsstörungen und Erkrankungen dieser Organe. Münch. med. Wochenschr. 1895, No. 43, 44.

Dieser Punkt der Darmdiagnostik hat zur Stunde um so höheres Interesse, als wir auf relativ einfachem Wege, mittelst einfacher Anastomose, die stenosirte Stelle umgehen können, wenn wir nur erst ihre Existenz und ihren Sitz wissen.

Eine weitere Bedeutung gewinnt aber diese neue Behandlung mittelst Anastomosenbildung noch dadurch, dass wir laut Beobachtungen [5]) erwarten können, durch derartige Umgehungen diverse chronische Erkrankungen z. B. des Ileocoecum, durch Ausserfunctionsetzung der Theile, zum Schwinden und zur Heilung zu bringen.

Endlich sei noch (dies aber mit Reserve) der plötzlichen Verlegung des Darmes, des Ileus in allen seinen Formen, gedacht, sei es dass er auf Einklemmung oder Invagination oder Volvulus beruht.

Dabei sei ausdrücklich bemerkt, dass wir uns hüten möchten, mit unseren Erwartungen über das Ziel hinauszuschiessen. Trotzdem wäre, zunächst natürlich immer nur im Frühstadium eines verdächtigen Falles, mit dem Nachweis: Dickdarm frei, etc., schon manches gedient. Auch ist festzuhalten, dass es uns erfreulicherweise gelungen ist, das Duodenum vom Pylorus her auf eine Strecke weit zu sondiren.

Doch bevor wir uns in weitere Speculationen und schöne Zukunftsträume verlieren, werden wir uns über die Wirklichkeit und den augenblicklichen Stand unseres Können klar und gestehen uns, wie hilfslos wir in der Diagnostik der anatomischen Verhältnisse des Darmes am Lebenden sind.

Denn, auf alle oben gestellten Fragen geben unsere seitherigen Methoden keine Antwort. Führen wir unsere Instrumente ein, was können wir mit ihnen eruiren? Im Oesophagus können wir noch leidlich zufrieden sein. — Im Magen wäre mit einer Verallgemeinerung des Gastroskopes manches gewonnen, doch stehen auch diesem Apparate und seinen Leistungen, selbst wenn er leichter einführbar wäre, im besten Falle noch viele Wünsche zur Seite.

Was wir über die Grösse und die motorische Gesammtleistung des Magens wissen, ist viel und vielleicht genügend; was wir aber über seine Formverhältnisse, seien es die des ganzen Organes oder seiner einzelnen Abschnitte, z. B. des in einer grossen Anzahl von Magen-Ektasien ursächlichen Pylorus und vor Allem dessen Durchgängigkeit, Lage, Form wissen, ist wenig, und wenig namentlich für den zu Rathe gezogenen Chirurgen. Dieses Wenig bezieht sich eben auf die anatomische Beschaffenheit, Grösse und Weite dieser Stelle, insofern diese naturgemäss der Angriffspunkt für das Messer sein muss.

Mit dem Darme steht es nicht viel besser, selbst wenn wir uns auf die dem Pylorus sich anschliessenden Dünndarmtheile, und vom anus her auf den doch nur zunächst in Betracht kommenden Dickdarm beschränken.

Wer dürfte sich getrauen, auf Grund einer Sondirung mit dem starren, unlenksamen Darmrohre mit Wahrscheinlichkeit im Darme eine Stenose anzunehmen? Wer kann es wagen, falls er bis zu einer gewissen Tiefe im Darmcanal vorgedrungen ist, und dort auf ein Hinderniss stösst, derbere Mittel, Stossen, Druck, Rotation, combinirte Untersuchung etc. etc. anzuwenden, um einerseits das ein Hinderniss vortäuschende Sichfangen der Sondenspitze als Solches zu erkennen, andererseits es zu ändern und das nebenliegende Darmlumen der vordringenden Sonde zu erschliessen?

Trotz grosser Anstrengung wurde eben ausser dem simplen Resultate, dass ein so und so dickes Bougie so und so weit in das Abdomen einführbar war, nichts festgestellt. Alle näheren Einzelheiten blieben unermittelt, wenn man die Verschieblichkeit einzelner Darmtheile, z. B. der Flexura sigmoidea noch in Rechnung zieht. So führte Simon ein 5 Fuss langes Darmrohr ein und fühlte die Spitze R im Hypochondrium, und doch war dieselbe erst im S romanum und hatte diese Darmschlinge zu Folge ihrer Beweglichkeit soweit verlagert.

Ferner kann man auf diesem Wege keinesfalls die Lage und Richtung des Darms, noch weniger seine Beziehungen zu den Nachbarorganen erkennen.

Bei solcher Ohnmächtigkeit der Diagnostik haben allerdings viele Chirurgen einen höchst einfachen Vorschlag: Laparatomie. Wir werden in einer anderen Mittheilung auf diese Auffassung, die den Bedürfnissen des Praktikers im einzelnen Falle, namentlich in subacuten Fällen, so sehr wenig gerecht wird, zurückkommen. An dieser Stelle sei es uns genug, zu erklären, dass wir uns hiedurch in unserer guten Absicht, die Diagnose so weit zu fördern, um einen Eingriff einerseits mit mehr Sicherheit als nothwendig zu erklären, denselben andererseits zu einem gerechtfertigteren und aussichtsvolleren zu machen, nicht beirren lassen. Jedenfalls glauben wir und hoffen wir, dass durch die bessere Ausbildung der abdominellen Diagnostik, in Sonderheit der des Darmcanals, die Bauchschnitte eher zahlreicher werden, wie umgekehrt.

So sehr auch Billroth's Wort: «die Medicin muss chirurgisch werden», in vielen hier einschlägigen Fragen zu Recht besteht, so sehr bemühen sich daher auch, wie man mit Freuden constatiren kann, fortwährend die angesehensten Chirurgen für ein immer innigeres Zusammengehen der inneren und operativen Medicin. So schliesst Langenbuch sein Referat über die Entwicklung der Chirurgie des Gallensystems auf dem letzten Congress der deutschen Gesellschaft für Chirurgie mit den Worten:

«Thun wir also als Chirurgen das Unsrige, dass die innere und äussere Medicin sich immer mehr auf einer Marschlinie zusammenschliessen und wirken wir besonders darauf hin, dass jeder Chirurg es als gewinnbringend für seine heilige Kunst betrachten möge, wenn ihm neben seinen chirurgischen Kranken auch noch die Fürsorge für eine Zahl von inneren Patienten zuertheilt würde. Der Lichtkreis seiner pathologischen und therapeutischen Beobachtungsweise würde sich nur erweitern können, und sein volleres Verständniss für das Wesen so mancher sogenannten inneren Krankheit ihn, zum Heile für die Kranken, auf immer neue Gebiete für seine Wirksamkeit führen.»

Und Wölfler kommt am Ende seines Vortrages: «Ueber Magen-Darmchirurgie» zu dem denkwürdigen Schlusssatz:

«So sind wir denn auf allen Gebieten . . . . . bezüglich der gutartigen Stenosen weit über unsere Erwartungen hinausgekommen. Aufgabe der Zukunft wird es sein, die Diagnose zu vertiefen, die Indicationen zu präcisiren und die Heilresultate noch weiter zu verbessern, um so das Erreichbare vom Unerreichbaren zu trennen.»

Bevor wir im Weiteren zu unserer Hauptaufgabe übergehen, sei es gestattet einen kurzen Blick auf die diesbezügliche Literatur zu werfen. Bezüglich der mechanischen Verhältnisse des Magens und ihrer Diagnostik begnüge ich mich damit, auf die vortrefflichen Lehrbücher dieses Specialfaches im Inlande und Auslande hinzuweisen.

Auch bezüglich des Darmes möchte ich für diesmal [6]) nur die Arbeiten berühren, die Marksteine und Fortschritte bedeuten. Da findet sich allerdings erstaunlich wenig vor, und es ist eigentlich unbegreiflich, wie wenige die Arbeiten auf diesem Gebiete sind. So allein erklärt sich wohl auch die geringe Förderung unserer Kenntnisse über den Gegenstand, die in so grobem Missverhältnisse zu seiner Bedeutung steht. Allerdings ist zuzugeben, dass die Frage nicht einfach ist, und in den Schwierigkeiten liegt auch ihre abschreckende Seite, und es ist gut begreiflich, dass man sich lieber in dem Gedanken bestärkt, dass wohl ein ewiges Dunkel über vielen mechanischen Problemen des geschlossenen Abdomen liegen würde, als dass man ernstlich an ihre Lösung und Enträthselung geht.

So liegt uns auch thatsächlich bezüglich der instrumentellen Untersuchung des Darms nur die Arbeit von G. Simon [7]) vor. Simon benutzte das mässig starre Darmrohr von 5 Fuss Länge. Simon bereicherte dann ferner durch die Angabe seiner forcirten Wassereingiessungen und Hegar [8]) und andere (Mosler [9]) durch besondere Körperlagen, die diagnostischen Hilfsmittel, wie später

[5]) Hohenegg: Wiener med. Wochenschr. 1895, No. 16. Israel: Deutsche med. Wochenschr. 1896, No. 1.

[6]) Eine ausführliche Darstellung der einschlägigen Literatur folgt an anderer Stelle; der Arbeiten von Boas und Turk ist später gedacht.

[7]) G. Simon. Ueber die Einführung langer elastischer Rohre und über forcirte Wasserinjectionen in den Darmcanal. Archiv für Klin. Chir. XV. Heft 1, pag. 122—132.

[8]) A. Hegar. Ueber Einführung von Flüssigkeiten in Blase und Mastdarm. Deutsche Klinik 1873.

[9]) Mosler: Eulenburg's Realencyclopädie.

andere Kliniker [10]) durch Aufblähen mit Luft und Kohlensäure, doch waren alle diese Methoden viel zu ungenauer Art, um chirurgisch verwendbare Einzelheiten damit feststellen zu können.

Ein anderer Lichtblick fiel in die Frage der Magen-Darmdiagnostik, als Röntgen seine grossartige Entdeckung veröffentlichte. Zwar schien es zunächst, als ob für das Abdomen nur wenig mit den X-Strahlen herauskommen könne. Doch haben sich laut neueren Nachrichten [11]) die Aussichten bereits wesentlich gebessert; namentlich dürfte vielleicht auch der fluorescirende Schirm eine recht praktische Verwendung erfahren.

Wir werden am Ende dieser Abhandlung Gelegenheit nehmen, zu zeigen, wie auch wir glücklicher Weise unsere Instrumente und Methoden dem neuen Lichte im Interesse der klinischen Diagnostik am menschlichen Abdomen dienstbar und unentbehrlich zu machen hoffen.

Nach diesen einleitenden Vorbemerkungen kommen wir nun zu der Hauptaufgabe dieser unserer Mittheilung, nämlich der Erörterung der technischen Principien, die den Apparaten zur Sondirung des Magen-Darmcanals zu Grunde gelegt werden müssen. Denn darin lag und liegt bis jetzt die Hauptschwierigkeit der Frage. Denn wenn auch die Beifügung der Luftaufblasung, der Wassereingiessung etc., eine nicht unbeträchtliche Bereicherung unserer Methodik darstellten, bei den zur Einführung verwendeten Apparaten, dem einfachen Darmrohr und dem Magenschlauche, war es in der Hauptsache von Beginn an bis heute geblieben.

Da drängte sich unwillkürlich der Zweifel auf, ob es bei der allgemeinen Anerkennung dieser so einfachen und so handlichen Apparate, überhaupt möglich sei, an ihre Stelle etwas Besseres zu setzen.

Eine Verbesserung musste naturgemäss von einer eingehenden kritischen Beleuchtung des Vorhandenen, aller Vortheile und Nachtheile des seither verwendeten Instrumentariums, ausgehen.

Die Sonden und Rohre und Schläuche, die zur Zeit in den Darmtractus eingeführt werden, sind theilweise aus mässig derbem Gummi, nach Art des Nelaton-Katheter, verfertigt, oder sie stellen Rohre aus Hartgummi oder aus mit Harzstoffen imprägnirten Seidengespinnsten dar. Diese Instrumente sind mehr oder minder weich und geschmeidig, auf der Oberfläche ganz glatt und haben ein centrales Lumen, das an der Spitze oder seitlich durch ein Fenster sich in den Magen oder Darm öffnet, zur Luft- oder Wasserzuführung.

Diese Eigenschaften machen die Instrumente zu recht billigen, einfachen und gefahrlosen Instrumenten.

Nun aber die Nachtheile dieser Rohre! Welche Einzelheiten machen an Stelle der seitherigen Apparate im gegebenen Falle andere Instrumente so sehr wünschenswerth?

1. Bei der Beschreibung der Magensonden finden wir in den Lehrbüchern immer die Angabe, die Sonde, das Bougie etc. etc. darf nicht zu weich, andererseits nicht zu starr sein. Was heisst zu weich, zu starr? Das sind doch nur relative Begriffe, die im nächsten Augenblicke mit einer Aenderung der Fragestellung in das Gegentheil umschlagen. Ein Schlauch aus Nelaton-Gummi ist für kurze Strecken starr, für Meter- und mehrere Meter Länge weitaus zu weich.

Daher die Schwierigkeiten bei ihrer Anwendung; finden wir mit dem einen Instrument den oder den Befund, so erfordert die seitherige Technik, eventuell, um weiter zu kommen, einen anderen Apparat einzuführen, von anderer Form, anderer Länge, anderer Consistenz. Dabei lehrt aber schon die einfache Ueberlegung, dass man, abgesehen von den Gefahren, denen jedes neue Instrument den Kranken aussetzt etc., in den Fragen der Darmsondirung mit jeder neuen Einführung wieder von vorne beginnt, indem eben alle die principiellen Schwierigkeiten der Sondirung wieder von Neuem anfangen. So können nur unsichere oder gar keine Resultate erzielt werden, und dies eben darum, weil die seither angewendeten Rohre in ihrem ganzen Verlaufe und noch mehr während der ganzen Zeit ihrer Einführung dieselbe einmal vorhandene Biegsamkeit haben; Führungsstäbe, die geeignet wären, biegsame Rohre in starrere zu verwandeln u. dgl., sind eben in solche Rohre schwer einführbar, noch schwerer im eingeführten Zustande entfernbar.

2. In Folge dieser nicht modifizirbaren Starrheit, mehr noch durch die Unmöglichkeit, dem einmal eingeführten Rohre beliebige Bewegungen und Richtungen, ebenso Aenderungen seiner Starrheit an gewünschter Stelle mitzutheilen, sind alle bis jetzt verwendeten Rohre, um es mit einem Worte zu sagen, zu unlenksam, sie sind eben nur von hinten angreifbar und lenkbar, in Folge dessen entweder bei grosser Weichheit im vorderen Theile ganz unbeeinflussbar oder bei grösserer Starrheit nur im groben Sinne lenkbar, dann aber dem Darme sofort gefährlich. Ferner gestatten die seitherigen Rohre nur eine Art der Kraftübertragung auf die Spitze und den vorderen Theil der Sonde, nämlich den durch Stoss und Druck oder Zug. Rotation, namentlich in jener grossartigen Form, wie wir sie in der Spirale vor uns haben, erlauben die alten Rohre nicht, wenigstens nicht in dem Sinne der Spirale. [11])

Von einer erheblichen Kraftaufwendung im Augenblicke des Vordringens, durch Drücken oder Stossen, kann sonach in Anbetracht der Gefahr, den Darm anzuspiessen, bei einem Vordringen in ein dunkles Ungewisses keine Rede sein, und so kann jedes leichte Hinderniss beim Vorschieben, wie oben erwähnt, eine pathologische Enge oder Abknickung vortäuschen. Sonach sind die seitherigen Apparate für eine maassgebende Darmdiagnostik ganz ungeeignet.

3. Abgesehen von relativ kleinen Anläufen [12]) liess die seitherige Methodik den Begriff der sogenannten »combinirten Untersuchung für den Darmcanal fast ganz ausser Auge, wir meinen eben damit eine Art von combinirter Untersuchung die annähernd der gynäkologischen zu vergleichen wäre, d. h. also eine Untersuchungsmethodik, die am Orte der Wahl im Innern des Körpers willkürlich zu beherrschende Bewegungen erzeugt, dem Untersucher also gleichsam den tief in das Abdomen eingeführten Finger, wenn auch nur annäherungsweise, ersetzt.

4. Ferner wird es keinem Untersucher entgangen sein, dass unsere Instrumente für den Magen, mehr aber noch die starreren Darmrohre für den Patienten mindestens recht unappetitlich und widerlich, in vielen Fällen (man denke an Tuberculose und Diphtherie und Lues oder infectiöse Darmkatarrhe und Typhus, Dysenterie etc. etc.) aber geradezu gefährlich sind. Diese Uebelstände hätte eben, nach unseren gegenwärtigen Begriffen, eine schulgerechte Sterilisation zu beseitigen. Sind die Nelatonschläuche hiezu noch eine Zeit lang fähig, so wäre für das bis jetzt gebräuchliche Darmrohr so gut wie für die Blasen- und Harnröhrenbougies eine gute Methode noch zu suchen.

(Fortsetzung folgt.)

[10]) v. Ziemssen: Die künstliche Aufblähung des Dickdarms. Deutsches Arch. f. klin. Med. Bd. 33, S. 235.
Rosenbach: Untersuchungen über das Verhalten des Darmcanals bei Injectionen von flüssiger $CO_2$. Berl. klin. Wochenschr. 1889, No. 28—30.
Damsch: Ueber den Werth der künstlichen Auftreibung des Darmes durch Gase. Berl. klin. Wochenschr. 1889, No. 15.

[11]) Schjerning und Kranzfelder: Zum jetzigen Stande der Frage nach der Verwerthbarkeit der Röntgen'schen Strahlen für medic. chirurg. Zwecke. Deutsche med. Wochenschr. 1896.

[11]) Ich übersehe hiebei nicht die Rotation, die Boas nach seiner Mittheilung (Boas, Centralblatt für klin. Med. 1896, No. 6) einem weichen Magenschlauche oder einem Theile desselben gibt, eine Construction, die einer Mittheilung von Turk (Wiener med. Wochenschr. 1895, No. 1) betreffs einer Bürste zur Magenreinigung entsprungen ist.

[12]) Leube: Zur Diagnose der Magendilatation. Deutsches Archiv für klinische Medicin 1875, Bd. XV, p. 394.
Boas: Ueber die Bestimmung der Lage und Grenzen des Magens durch Sondenpalpation. Centralblatt für innere Medicin 1896, No. 6.

# Feuilleton.

## Aerztliche Standesordnung (Aerzteordnung).

Von Dr. *Bruglocher* in Schweinfurt.

Der Erlass einer gemeinsamen Standesordnung für sämmtliche Aerzte Bayerns ist durch Ziff. 2 und 10 der Min.-Entschl. vom 18. Juli 1896, die Verhandlungen der Aerztekammern im Jahre 1895 betr., seiner Verwirklichung um ein gutes Stück näher gerückt worden.

Ziff. 2 a. a. O. besagt: Zum Vollzuge der Aerztekammerbeschlüsse, die ständigen Ausschüsse mit den vorbereitenden Schritten zur Schaffung einer gemeinsamen Standesordnung für die Aerzte Bayerns zu betrauen, welche eine Ergänzung der k. a. V. v. 9. Juli 1895, die Bildung von Aerztekammern und von ärztlichen Bezirksvereinen betr., zu bilden hätte, werden die diesjährigen Aerztekammern sich mit der Berathung eines entsprechenden Entwurfes zu beschäftigen haben, welcher sodann der Einvernahme des erweiterten Obermedicinalausschusses unterbreitet werden wird.

Die Einvernahme des verstärkten Obermedicinalausschusses berechtigt zu der Erwartung, dass die in einer künftigen Standesordnung niedergelegten Anschauungen behördliche Gutheissung geniessen werden.

Ziff. 10 besagt: Der Antrag derselben Aerztekammer (Unterfranken und Aschaffenburg), die k Staatsregierung wolle bei weiterer Ausgestaltung der Organisation des ärztlichen Standes in Bayern, bei Gewährung einer Aerzte-Ordnung, dafür Sorge tragen, dass der Aerztekammer ein Einfluss auch auf solche Aerzte, welche keinem ärztlichen Vereine angehören, ermöglicht werde, eignet sich zur geschäftsmässigen Behandlung bei der für die nächste Sitzung der Aerztekammern in Aussicht genommenen Berathung einer Aerzte-Ordnung.

Hiedurch ist zum ersten Male die Möglichkeit eröffnet, innerhalb des Rahmens der derzeitigen Organisation des ärztlichen Standes in Bayern auch die ausserhalb dieser Organisation stehenden Aerzte zu standesgemässem Verhalten zu erziehen.

Dabei ist es aber unumgänglich nöthig, dass nicht nur an Stelle der schon früher von einzelnen Bezirksvereinen erlassenen Standesordnungen eine **gemeinsame Aerzteordnung** tritt, es **muss auch das Verfahren vor den Schiedsgerichten der einzelnen Bezirksvereine und vor der Aerztekammer als Berufungsinstanz für das ganze Königreich einheitlich geregelt werden.**

Zur Standesordnung selbst liegt ein beachtenswerther Vorschlag des Collegen Brauser in Regensburg vor. Eine s. Z. vom ärztlichen Bezirksvereine Schweinfurt ad hoc berufene Commission hatte schon vor Jahresfrist einen Entwurf im Wesentlichen auf Grund der Standesordnung des ärztlichen Bezirksvereines für Südfranken bearbeitet, der jedoch in Rücksicht auf die in Aussicht stehende gemeinsame Standesordnung zunächst zurückgestellt wurde und in Ziff. I—IV mit den für eine gemeinsame Standesordnung nothwendigen Abänderungen in der Art mitgetheilt werden soll, dass ich mir erlaube, unter Ziff. V—VIII Vorschläge in processualer Hinsicht zu geneigter Discussion beizufügen.

### Standesordnung.

Nachstehende Standesordnung soll den im Königreich Bayern prakticirenden Aerzten als Rathgeber in zweifelhaften Fällen dienen und massgebend sein für die Entscheidungen der von den ärztlichen Bezirksvereinen verordnungsgemäss zu errichtenden Schiedsgerichte, sowie der als Beschwerde-Instanz fungirenden Aerztekammern.

#### I. Pflichten zur Aufrechthaltung der Würde des ärztlichen Standes und eines anständigen collegialen Verkehres.

§ 1. Es ist gegen die Würde des ärztlichen Standes, in irgend einer Weise Reclame zu machen, z. B. wiederholt öffentliche Anzeigen zu erlassen, durch Karten oder sonstige Ankündigungsmittel die Aufmerksamkeit besonderer Arten von Kranken auf sich zu lenken, Armen öffentlich seine ärztliche Hilfe unentgeltlich anzubieten oder Vortheile irgend welcher Art an dritte Personen anzubieten, um sich hiedurch Praxis zu verschaffen, briefliche Behandlung, Zusendung besonderer Arzneien oder Instrumente zu versprechen, durch sogenannte populäre Brochüren auf bestimmte Heilmethoden aufmerksam zu machen, Krankengeschichten oder Operationen in nicht wissenschaftlichen Zeitungen zu veröffentlichen oder deren Veröffentlichung zu gestatten, Laien als Zuschauer zu Operationen einzuladen, sich Zeugnisse oder Danksagungen für ärztliche Hilfe oder Heilerfolge öffentlich oder privatim ausstellen zu lassen, oder wissentlich zu gestatten, dass öffentliche Danksagungen für gelungene Curen etc. in der Presse erscheinen. Selbstverständlich ist es dagegen jedem Mitgliede gestattet, bei Niederlassung an einem Orte, bei Wohnungswechsel, oder bei zeitweiliger Unterbrechung der Praxis jeweils dem Publicum in ortsüblicher Weise durch öffentliche Blätter hievon Nachricht zu geben. Der Missbrauch der Bezeichnung «Specialist» zu Reclamezwecken ist gleichfalls zu verwerfen.

§ 2. Es ist unstatthaft, über Besprechungen und Beschlüsse im Bezirks-Vereine dritten Personen unbefugte Mittheilungen zu machen.

§ 3. Es ist für den Arzt entwürdigend, sogenannte Geheimmittel zu verordnen oder das Publicum auf dem Glauben zu lassen, ein Mitglied besitze ein nur ihm allein bekanntes Mittel zur Heilung bestimmter Krankheiten. Unstatthaft ist es ferner, die Wirksamkeit sogenannter Geheimmittel zu bezeugen oder in irgend einer Weise deren Gebrauch zu fördern.

§ 4. Im geschäftlichen wie freundschaftlichen Verkehr mit den Patienten eines Collegen soll jedes Eingehen auf die Natur der Erkrankung und die eingeleitete Behandlung vermieden werden. Hier wie in allen sonstigen Fällen ist jede herabsetzende Besprechung ärztlicher Thätigkeit unstatthaft und schädigt das Ansehen des ganzen Standes.

§ 5. Wird wegen Abwesenheit oder Verhinderung des Hausarztes ein anderer Arzt zu einem Patienten gerufen, der sich zur Zeit in Behandlung des abwesenden oder verhinderten Arztes befindet oder irgendwie zu erkennen giebt, dass er letzteren als seinen Hausarzt betrachtet, so ist der Patient dem Hausarzte zu überlassen, sobald derselbe im Stande ist, die Behandlung wieder zu übernehmen. Der stellvertretende Arzt liquidirt hier selbständig für seine Bemühungen.

§ 6. Wird bei plötzlichen Erkrankungen, Unglücksfällen etc., nach mehreren Aerzten zu gleicher Zeit geschickt, so bleibt der Patient dem zuerst eintreffenden Arzte überlassen, bis der Hausarzt ankommt. Auch hier liquidirt der Stellvertreter selbständig.

§ 7. Ausser in vorstehenden Fällen soll kein Mitglied einen in Behandlung eines anderen befindlichen Kranken annehmen, es sei denn, dass der Kranke erkläre, die Hilfe seines bisherigen Arztes nicht mehr zu wünschen. In diesem Falle ist letzterer sofort, jedenfalls aber noch vor der Zeit der nächsten Visite hievon durch die Angehörigen des Patienten geeignet zu verständigen. Berathungen im Hause des Arztes sind von solcher Beschränkung ausgeschlossen.

§ 8. Ein Arzt, der einen Kranken auf dem Lande besucht, kann aufgefordert werden, einen benachbarten Kranken, der gewöhnlich von einem anderen Arzte behandelt wird, wegen plötzlicher Aenderung oder Verschlimmerung der Symptome zu besuchen. Das hier angezeigte Benehmen ist: «einen den gegenwärtigen Umständen angemessenen Rath zu ertheilen und sich nicht mehr als durchaus nöthig in den allgemeinen Behandlungsplan einzumischen». Wird letzteres gewünscht, so ist ein Consilium mit dem behandelnden Arzte zu verlangen.

#### II. Gegenseitige Aushilfe.

§ 9. Jedes Mitglied ist bei eigener Erkrankung oder bei Krankheiten in seiner Familie berechtigt, die ärztliche Hilfe von Collegen in Anspruch zu nehmen. Dieselbe soll stets gerne und unentgeltlich geleistet werden.

§ 10. Kann ein Arzt aus Gesundheitsrücksichten, wegen nicht beruflicher Geschäfte, Abwesenheit oder Unglücksfällen in seiner eigenen Familie seinen Berufspflichten nicht nachkommen, so soll ihm von den Collegen die nachgesuchte Aushilfe sofort gewährt und sein Interesse und Stand als Hausarzt gewahrt werden. Sobald die Gründe der Stellvertretung aufhören, tritt der Stellvertreter zurück und liquidirt selbständig für seine Bemühungen. Wird sein Bleiben so dringend gewünscht, dass er sich diesem Wunsche nicht entziehen zu können glaubt, so ist der vertretene College über den Sachverhalt rechtzeitig aufzuklären. (§ 7.)

#### III. Von den Consilien.

§ 11. Als Consiliarius muss jeder Arzt, der Mitglied eines ärztlichen Bezirksvereines ist, zugelassen werden. Die Zulassung oder Ablehnung eines Arztes, der keinem Vereine angehört, steht dem Takte und Ermessen des Einzelnen frei.

§ 12. In Consilien soll jeder Schein von Rivalität oder Eifersucht vermieden und offenes rücksichtsvolles Benehmen gegen einander beobachtet werden.

§ 13. Der Consiliarius soll zuerst die nöthigen Fragen an den Kranken stellen und die Untersuchungen vornehmen, welche ihm über den Fall Aufschluss verschaffen können.

Die Berathung darf, mit strengem Ausschluss der Laien, nicht in dem Krankenzimmer selbst stattfinden.

Nach Beendigung derselben soll das Resultat dem Patienten oder dessen Angehörigen mitgetheilt werden, soweit es für zweckmässig erachtet wurde; die nöthigen Verordnungen hat der behandelnde Arzt zu machen.

Ueber die Berathung selbst und die Betheiligung an derselben von Seiten des einen oder des anderen Arztes darf keine Mittheilung gemacht werden.

§ 14. Der behandelnde Arzt soll im Consilium zuerst seine Meinung abgeben und Falls mehrere Consiliaren zugegen sind, diese in der Reihenfolge, wie sie beigezogen wurden.

Eine unerwartete Aenderung in der Lage des Falles berechtigt den behandelnden Arzt von der im Consilium beschlossenen Behandlung abzuweichen. Derselbe hat jedoch die Gründe hierfür in dem nächsten Consilium auseinander zu setzen. Das gleiche Recht und die gleiche Pflicht hat der Consiliarius, wenn er im Nothfalle gerufen wird, d. h. weil der behandelnde Arzt zur Zeit nicht aufgefunden werden kann.

§ 15. Aeusserste Pünktlichkeit ist bei Consilien geboten, nur ganz dringende Fälle entschuldigen und hat wegen einer solchen Möglichkeit der zuerst zum Consilium eingetroffene Arzt 10 Minuten auf den zweiten zu warten. Nach Ablauf dieser Frist ist das Consilium als auf einen anderen Termin verschoben zu betrachten. War nur der behandelnde Arzt gekommen, so wird dieser den Kranken sehen und seine Verordnungen geben, war es dagegen der Consiliarius, so hat derselbe sich einfach wieder zurückzuziehen, ausser bei einem sehr dringenden Falle, welcher sofortige Hilfe erfordert, oder wenn er aus grösserer Entfernung beigezogen worden war. In solchem Falle mag er den Kranken untersuchen und seine Meinung schriftlich und verschlossen dem behandelnden Arzte hinterlassen.

§ 16. Alle Verhandlungen in einem Consilium sollen geheim bleiben und als Vertrauenssache behandelt werden. Weder durch Worte noch durch Benehmen soll einer der betheiligten Aerzte aussprechen oder merken lassen, dass er zu irgend einem Punkte der Behandlung seine Zustimmung nicht gegeben habe. Die Verantwortlichkeit müssen beide Aerzte gemeinschaftlich tragen, Erfolg und Misserfolg gleichmässig auf sich nehmen.

§ 17. Sollte bei einem Consilium von mehreren Aerzten eine nicht zu beseitigende Meinungsverschiedenheit bestehen, so ist die Majorität entscheidend. Kann bei einem Consilium von 2 Aerzten trotz gegenseitiger Zugeständnisse, keine Uebereinstimmung erzielt werden, so soll, wenn thunlich, ein dritter Arzt zugezogen werden. Verbieten die Umstände ein solches Auskunftsmittel, so muss dem Patienten die Wahl des Arztes, in welchen er das meiste Vertrauen setzt, überlassen bleiben. Der andere Arzt soll sowohl jede weitere Besprechung im Consilium als auch die weitere Theilnahme an der Behandlung des Falles ablehnen und sich zurückziehen.

§ 18. Ist nur ein einmaliges Consilium erforderlich, oder wünscht der Patient keine Wiederholung desselben, so hat sich der Consiliarius jedes ferneren Besuches zu enthalten.

Als Regel muss aufgestellt werden, dass es abgesehen von dem besonderen Wunsche des Patienten oder dessen Angehörigen, dem behandelnden Arzte überlassen werden muss, eine Wiederholung des Consiliums zu beantragen und dass dem Consiliarius eine Bestimmung darüber nicht zusteht.

§ 19. Der Consiliarius soll die Stellung des behandelnden Arztes in der ehrenhaftesten und sorgfältigsten Weise berücksichtigen, dessen Behandlung, wenn nöthig vertheidigen und es sollen seinerseits keine Winke und Andeutungen fallen, welche das in denselben gesetzte Vertrauen schädigen und sein Ansehen verletzen können. Auch soll der Consiliarius aussergewöhnliche Aufmerksamkeiten oder Bemühungen sorgfältig vermeiden, um auch jeden Schein fernzuhalten, als wolle er sich in die Gunst des Patienten oder dessen Familie einschmeicheln und den Hausarzt verdrängen.

### IV. Von dem Honorare.

§ 20. Sämmtliche Collegen, die an demselben Orte oder in der Nachbarschaft wohnen, sollen bindende Taxen für Besuche, Hausordinationen, Zeugnisse u. s. w. aufstellen. Die vereinbarten Taxen sind dem Vorstande mitzutheilen. Bei Consilien haben beide Aerzte das gleiche Honorar zu fordern.

Es gilt als Ehrenpflicht, nicht unter dieser Taxe zu liquidiren. Dabei gilt es für selbstverständlich, dass bei Leistungen im Ort nicht unter die gesetzliche Minimaltaxe vom 18. December 1875 herabgegangen wird.

§ 21. Kein Arzt, selbst wenn er in den besten Verhältnissen lebt, soll einem zahlungsfähigen Patienten seinen Rath unentgeltlich ertheilen.

Das Unterbieten bei Abschluss von Verträgen mit Kranken- und ähnlichen Cassen ist unstatthaft. Die Vereinsmitglieder sind desshalb gehalten, derartige Verträge, sowie auch mündliche Vereinbarungen dem Bezirksverein zur Kenntnissnahme und Genehmigung vorzulegen.

### V. Von dem Schiedsgericht.

§ 22. Nach § 13 der k. allerh. Verordnung vom 9. Juli 1895, die Bildung von Aerztekammern und von ärztlichen Bezirksvereinen betr., hat jeder Bezirksverein ein Schiedsgericht zur Wahrung der Standesehre und zur Schlichtung von Streitigkeiten unter seinen Mitgliedern zu errichten.

Dieses Schiedsgericht besteht aus dem Vereinsvorsitzenden, zwei Ausschussmitgliedern und zwei weiteren Beisitzern. Ueber deren Wahl und die Wahl etwaiger Stellvertreter sind in den Vereinssatzungen die näheren Bestimmungen zu treffen.

§ 23. Das Schiedsgericht entscheidet bei vorkommenden Streitigkeiten in der Regel nur auf Anrufen einer Partei. Auf Grund gewonnener Erfahrungen jedoch ist das Schiedsgericht befugt, als Ehrengericht zur Wahrung der Standesehre, auch ohne vorausgegangenes Anrufen einer Partei gegen ein Mitglied vorzugehen.

Im ersteren Falle hat die Klage stellende Partei den Antrag auf schiedsrichterliche Entscheidung unter genauer Darlegung der in Frage kommenden Verhältnisse schriftlich beim Vorsitzenden des Vereins einzureichen; im zweiten Falle sind diese Verhältnisse in einer vorbereitenden Sitzung des Schiedsgerichtes schriftlich festzustellen. Der Schriftsatz ist dem Angeklagten zuzustellen.

§ 24. Das Verfahren vor dem Schiedsgerichte ist mündlich. Das Ausbleiben einer Partei hindert die Vornahme der Verhandlung nicht.

Das Schiedsgericht erkennt, — soferne nicht eine gütliche Vereinbarung der Parteien mit Zurücknahme des Strafantrages vor verkündetem Urtheil erfolgt ist, — entweder auf Abweisung der Klage, oder auf eine der nachfolgenden Strafen:

1. vertrauliche Rüge,
2. öffentliche Rüge vor der Versammlung,
3. Antrag auf Ausschluss aus dem Verein, worüber die Vereinsversammlung zu beschliessen hat.

Der Ausspruch des Schiedsgerichtes ist den Parteien sofort mündlich unter Angabe von Gründen zu eröffnen.

Der den Ausschluss aus dem Vereine verfügende Vereinsbeschluss ist überdies nach eingetretener Rechtskraft in einer von der Aerztekammer bestimmten Zeitschrift einmal ohne Angabe von Gründen zu veröffentlichen.

Gegen die Abweisung der Klage, sowie gegen die Strafen unter Ziffer 1 und 2 steht den Betheiligten binnen 14 Tagen Berufung an die Vereinsversammlung, gegen den Ausschluss binnen 30 Tagen Beschwerde zur Aerztekammer zu.

Gegen die Entscheidungen der Vereinsversammlung bezw. der Aerztekammer ist eine weitere Beschwerde ausgeschlossen.

§ 25. Bei Streitigkeiten zwischen Mitgliedern verschiedener Bezirksvereine ist das Schiedsgericht jenes Bezirksvereines zuständig, dem der Beklagte angehört.

### VI. Besondere Bestimmungen für Aerzte, welche keinem ärztlichen Bezirksvereine angehören.

§ 26. Ein Arzt, der keinem ärztlichen Bezirksvereine angehört, ist berechtigt, gegen ein Mitglied eines Bezirksvereines bei dem Schiedsgerichte dieses Vereines klagend vorzugehen.

Dagegen sind Klagen gegen einen Arzt, der keinem ärztlichen Bezirksvereine angehört, mögen sie nun von einem ärztlichen Bezirksvereine, von einem einzelnen Bezirksvereinsmitgliede oder von einem ausserhalb der Vereinsorganisation stehenden Arzte ausgehen, in allen Fällen unter Darlegung der Verhältnisse bei dem ständigen Ausschusse der Aerztekammer schriftlich einzureichen.

Der Vorsitzende des Kammerausschusses hat sodann die Sache zur Untersuchung und Aburtheilung an das Schiedsgericht eines benachbarten, bei der Sache in keiner Weise betheiligten ärztlichen Bezirksvereines zu verweisen.

Das Verfahren vor diesem Schiedsgericht ist dasselbe, wie wenn der Beklagte Vereinsmitglied wäre.

§ 27. Die zu erkennenden Strafen sind in diesem Falle:

1. vertrauliche Rüge,
2. Rüge mit Bekanntgabe in der nächsten Aerztekammersitzung,
3. geschärfte Rüge unter einmaliger Veröffentlichung des verfügenden Erkenntnisses nach eingetretener Rechtskraft in einer von der Aerztekammer bestimmten Zeitschrift ohne Angabe von Gründen.

Die Schlusssätze des § 24 über Berufung zur Vereinsversammlung (des mit der Sache befassten Vereines) und über Beschwerde zur Aerztekammer greifen auch hier Platz.

### VII. Von der Aerztekammer als Beschwerde-Instanz.

§ 28. Die Aerztekammer, welche nach § 12 der k. allerh. Verordnung vom 9. Juli 1895 und nach §§ 24 und 27 dieser Standesordnung als Beschwerde-Instanz zu fungiren hat, übergibt diese Function einem in der ordentlichen Sitzung der Aerztekammer alljährlich zu wählenden Beschwerde-Ausschusse. Die Bestimmungen über das Verfahren vor dem Schiedsgerichte finden auch auf das Verfahren vor dem Beschwerde-Ausschusse sinngemässe Anwendung.

Das Erkenntniss des Beschwerde-Ausschusses ist den Parteien schriftlich unter Angabe von Gründen zuzustellen.

§ 29. Hat der Beschwerde-Ausschuss das schiedsgerichtliche Urtheil in den Fällen des § 24 Ziff. 3 und § 27 Ziff. 3 bestätigt, oder ist die Beschwerde eines Arztes wegen Versagung der Aufnahme in einen ärztlichen Bezirksverein nach § 12 der k. allerh. Verordnung vom 9. Juli 1895 abgewiesen worden, so ist das verfügende Erkenntniss des Beschwerde-Ausschusses in einer von der Aerztekammer bestimmten Zeitschrift einmal ohne Angabe von Gründen zu veröffentlichen.

### VIII. Von den Kosten.

Schiedsrichter und Mitglieder des Beschwerde-Ausschusses versehen ihre Function als Ehrenamt und erhalten nur Entschädigung für Baarauslagen. Das Schiedsgericht und der Beschwerde-Ausschuss haben in allen Fällen gleichzeitig über die Tragung der erwachsenen Kosten zu entscheiden. In beiden Instanzen kann von dem Kläger oder Beschwerdeführer vor Einleitung des Verfahrens die Hinterlegung eines angemessenen Kostenvorschusses verlangt werden.

---

## Referate und Bücheranzeigen.

**Dr. B. Rawitz: Leitfaden für histologische Untersuchungen.** Zweite umgearbeitete und vermehrte Auflage. Jena. Verlag von G. Fischer. 148 pag.

Im Vergleich zur ersten Auflage ist das vorliegende Büchlein um ein Wesentliches vermehrt und um Vieles verbessert worden. Der Ankauf kann namentlich darum empfohlen werden, weil uns hier eine recht ausgiebige Receptensammlung geboten wird; der Inhalt ist überhaupt nach jeder Richtung hin ein recht reichhaltiger. Für den Anfänger bringt das Buch ausserdem eine ganze Reihe allgemeiner Auseinandersetzungen, welche dazu dienen sollen, den Lernenden zum selbständigen Arbeiten und namentlich zum Nachdenken anzuregen; die Absichten des Verfassers sind in dieser Hinsicht nur durchaus zu billigen. Von den beiden Hauptabschnitten des Buches: «Die Methoden der Untersuchung»

und «Die Anwendung der Methoden» ist der erstere jedenfalls der ungleich werthvollere, denn bezüglich der Anwendung im Einzelfalle sollte jeder, auch der Anfänger vom ersten Tage an, nur seinen eigenen Erfahrungen trauen. Hier heisst es eben: «Eines schickt sich nicht für Alle»; was des Einen Hände mit Leichtigkeit uns mit vorzüglichem Erfolge zur Ausführung bringen können, das wird für die Hände eines anderen vielleicht nicht passend sein. Woher dies kommen mag, ist leicht ersichtlich. Alle diese vielen technischen Manipulationen, deren wir in der Mikroskopie bedürfen, verlaufen nicht nach bestimmten chemischen oder physikalischen Formeln, sondern es kommen da eine grosse Reihe von Einzelumständen in Betracht, die wir gar nicht kennen und die in verschiedenen Laboratorien und in verschiedenen Händen immer wieder andere sein werden. Hier einige Beispiele: 1) Rawitz gibt an, das Alaunkarmin sei nicht für Durchfärbung geeignet; der Ref. hält es nach sehr vielen Erfahrungen schlechthin für das beste und sicherste Mittel zur Durchfärbung ganzer Stücke. 2) Der Verfasser empfiehlt zur Einbettung besonders die Chloroform-Paraffin-Methode; der Ref. hat damit nicht viel erreicht und hält dicke ätherische Oele (z. B. Bergamottöl) für die besten Zwischenglieder beim Uebergang zum Paraffin. 3) Der Verfasser hat mit der jetzt aller Orten geübten Eisenhaematoxylin-Methode des Referenten körnige Niederschläge im Präparat erhalten, doch bleiben diese bei vorsichtiger Arbeit mit reinen Materialien gewiss aus. Es lohnt nicht, noch mehr derartige Einzelheiten aufzuführen, denn in derlei Dingen kann man mit einem technischen Lehrbuch nicht gut rechten. Was aber die Auseinandersetzungen allgemeinen Charakters anlangt, so geben sie zu manchen berechtigten Bedenken Anlass. So behauptet der Autor anlässlich der Besprechung des Paraffinschnitts, dass bei quer gestelltem Messer nicht mehr geschnitten, sondern gequetscht wird und dass daher besser mit schrägem Messer zu schneiden sei. Da nun die Messerwirkung jedenfalls darin besteht, dass ein Keil in die schneidbare Masse vorgetrieben wird, so erhellt, dass bei quer gestelltem Messer nur geschnitten, bei schräger Stellung aber mehr als geschnitten, nämlich gesägt wird. Für die Praxis ist richtig, dass Gewebe von ungleichmässiger Consistenz besser durchsägt, als blos durchschnitten werden, daher in diesem Falle die Schrägstellung vorzuziehen ist. Gleichwohl ist die Querstellung des Messers mit reiner Schneidewirkung die theoretisch richtige; wird aber hierbei gequetscht, wie der Autor meint, so hat das Messer eine falsche Stellung zum Horizont. Dieser Cardinalpunkt in der Lehre vom Paraffinschnitt, die richtige Neigung des Messers gegen den Horizont, ist bei Rawitz gar nicht berührt. — Die allgemeinen Ausführungen über die Arten der Färbung sind verfehlt. Die ganz richtige und theoretisch wie praktisch so wichtige Unterscheidung von progressiven und regressiven Färbungen werden bei Seite geworfen; an Stelle dessen werden «substantive» und «adjective» Färbungen unterschieden. Bei den ersteren Tinctionen können die fertigen Schnitte ohne Weiteres mit der Farbe behandelt werden, bei den letzteren werden die Schnitte zuvor in einer bestimmten Weise gebeizt und somit wird dem Schnitte etwas Neues hinzugefügt: daher «adjective» Färbungen. Nach allen unseren Erfahrungen sind nun die gewöhnlichen Färbungen vermittelst der Carmine, Haematoxyline und Aniline die Erfolge chemischer Processe, welche wahrscheinlich dadurch zu Stande kommen, dass die Farben durch Vermittlung mehrwertiger Elemente, welche in der Materie des Schnittes enthalten sind, gebunden werden. Ob diese mehrwerthigen Elemente schon von vornherein in dem Gewebe vorhanden waren oder erst durch den Process der Fixirung (z. B. durch die Darstellung von Hg-Albuminaten bei der Sublimat-Conservirung) oder auch den der nachherigen Beizung in das Gewebe eingeführt werden, ist an sich gleichgiltig, und man kann hieraus keine allgemeinen Gesichtspunkte für die Arten und Weisen der Färbung gewinnen. Martin Heidenhain.

**Stern: Ueber traumatische Entstehung innerer Krankheiten.** 1. Heft, Krankheiten des Herzens und der Lungen. Jena, Gustav Fischer, 1896.

Die zahlreichen und verantwortungsvollen Aufgaben, welche die Unfallversicherungs-Gesetzgebung der praktischen Medicin gegeben hat, trafen diese Anfangs noch nicht genügend vorbereitet. Es war im Unterricht bislang auf diese Seite der Aetiologie, wenigstens was innere Krankheiten anlangte, nur nebenbei Werth gelegt worden und vielfach waren die Beziehungen traumatischer Einflüsse zu den mannigfachsten Erkrankungen überhaupt noch kaum erforscht. Das actuelle Bedürfniss hat inzwischen auf diesem Gebiete eine rege Arbeit zur Entwicklung gebracht und es werden nun von allen Seiten her Beobachtungen zusammengetragen, die die zahlreichen Lücken unseres Wissens nach dieser Richtung hin auszufüllen beginnen. Es ist eine sehr verdienstliche Arbeit, der sich Stern unterzogen hat, das zerstreut vorliegende Beobachtungsmaterial zu sammeln, kritisch zu sondern und, soweit es angeht, allgemeine Gesichtspunkte aus ihm zu gewinnen. Er hat sich dieser nicht leichten und vor Allem einen grossen Aufwand von Fleiss erfordernden Aufgabe zweifellos mit grossem Geschick entledigt, so dass sein Buch sowohl für die fernere wissenschaftliche Bearbeitung dieser Materie einen werthvollen Stützpunkt darstellt, als auch vor Allem dem Praktiker sehr lehrreiche Winke für die Beurtheilung einschlägiger Fälle an die Hand gibt.

Der Ref. hat auf Grund vielfacher eigener Erfahrungen den Eindruck, als ob der in- und extensive Einfluss von Unfällen auf die Entstehung interner Leiden in der Praxis hie und da noch einer allzugrossen Skepsis begegne, die theils auf den im Vergleich zu den subjectiven Beschwerden vielfach geringen objectiven Befunden, theils auf ungenügender Würdigung der a priori ja auch unwahrscheinlich aussehenden Thatsache beruhen mag, dass auch bei fehlender oder ganz geringfügiger Verletzung der äusseren Bedeckungen, doch sehr erhebliche Quetschungen, Zerreissungen und Erschütterungen selbst sehr nachgiebiger innerer Organe eintreten können. Hier muss also ein objectiv und kritisch geschriebenes Buch, wie das von Stern, zumal es durch eine reiche Literaturübersicht und eine grosse Zahl kurzer Krankengeschichten auch dem eigenen Urtheile des Lesers ergiebige Quellen eröffnet, lebhaft willkommen geheissen werden. Arbeiten, wie die vorliegende, müssen dazu beitragen, die grossen Meinungsverschiedenheiten, wie sie sich noch so häufig in den Gutachten verschiedener Beurtheiler finden, allmälig verschwinden zu machen, was ebenso im Interesse der Begutachteten als unseres Standesansehens gelegen sein wird. Moritz-München.

**Handbuch der Laryngologie und Rhinologie,** herausgegeben von Dr. **Paul Heymann,** Privatdocent in Berlin. Wien 1896, Alfred Hölder.

Von diesem in grossem Stile angelegten und in Druck und Illustrationen prächtig ausgestatteten Werke liegt die 1. Lieferung vor, enthaltend die «Geschichte der Laryngologie und Rhinologie» von Heymann und Kronenberg und die «Anatomie des Kehlkopfes» von Zuckerkandl. Die erstere gliedert in wohlgesetzten Etappen die Entwicklung unserer anatomischen und klinischen Kenntnisse in jenen Fächern, die letztere zeichnet sich durch eine ganz besondere Uebersichtlichkeit aus, welche die Auffrischung der so leicht verschwimmenden Details ohne die herkömmlichen Opfer an unserer Zeit und Arbeitslust ermöglicht.

Es sei gestattet, über das ganze Werk an der Hand des Prospectes zu sprechen. Nachdem der laryngoskopische Spiegel bereits 38 Jahre eingeführt ist und durch seine Beleuchtung das leibliche und geistige Auge der Aerzte in die ehemals so verborgenen oberen Luftwege den Einblick gewonnen hat, ist es ein materielles und moralisches Bedürfniss geworden, die gewaltige Arbeit so vieler an dem bisher Geschaffenen Betheiligter zu sammeln und auch zu sichten. Erst seit 12 Jahren besteht ein vortrefflich geleitetes Centralblatt, während die früheren Arbeiten nur einen unzureichenden, die frühesten aber nur den ganz mangelhaften Zusammenschluss nach dem Gutdünken einzelner Verfasser von Büchern erhalten hatten. Und doch enthalten sie noch so manchen vortrefflichen Keim, welchen ein ungünstiger Wind abseits vom Felde geworfen hat.

Es befinden sich unter den 43 Mitarbeitern des Handbuches Herren, welche den allerersten Zeiten unseres Specialfaches nahegestanden haben, welche also aus eigener und inzwischen gereifter Erfahrung vorzüglich im Stande sind, die von Anfang an interes-

sirenden Punkte zu schildern — neben jüngeren Kräften, welche an der Ausarbeitung später aufgekommener Zweige regen Antheil genommen haben.

Um von den ersteren zu sprechen, so sind besonders B. Fränkel, Schrötter, Störk, Gerhardt, Gottstein (†) zu nennen, während Schech, Jurasz, Semon bereits eine jüngere Zeit repräsentiren. Den Laryngologen von Fach schliessen sich v. Bergmann, Mikulicz, Bruns für chirurgische, Zuckerkandl, Ewald u. A. für anatomische und physiologische Capitel an.

Das Thema betreffend, sind die Speiseröhre und Mundhöhle, als nicht zu den oberen Athemwegen gehörend, entgegen anderer Gepflogenheit weggefallen, der lymphatische Bezirk an den Fauces und dem Zungengrunde aber verblieben. Eine besondere Aufmerksamkeit ist dem reciproken Verhältnisse zu den Allgemeinkrankheiten gewidmet. — Technisch hervorzuheben ist die gesonderte Ausgabe in 3 Bänden, für Kehlkopf, Rachen und Nase, was den Ohren- und Kinderärzten die Anschaffung erleichtert.

Die sorgfältige Wahl der Mitarbeiter, die vorzügliche Eintheilung des Stoffes, der historische Standpunkt bei der Bearbeitung, welcher dem Leser die möglichste Freiheit eigener Anschauung gewährleistet, bürgen für die bestmögliche Belehrung in der praktischen und Anregung in der wissenschaftlichen Thätigkeit.

Bergeat.

## Neueste Journalliteratur.

**Zeitschrift für klinische Medicin.** 30. Band, 5. und 6. Heft.

22) A. Goldscheider: **Ueber den anatomischen Process im Anfangsstadium der multiplen Sklerose.** (Aus der Klinik v. Leyden's in Berlin.)

Verfasser gibt von einem durch intercurrenten Typhus zu Grunde gegangenen Fall eine detaillirte Beschreibung des anatomischen Befundes eines frischen Herdes im Halsmark, der den Beginn eines zur multiplen Sklerose zu rechnenden Processes darstellt, wie sich aus dem klinischen Bild und aus dem Vorhandensein einer alten diffusen Sklerose ergab. Es handelte sich um einen von den strotzend mit Blut gefüllten und mit Körnchenzellen umgebenen Gefässen ausgegangenen Process, bestehend in einer Aufquellung der Nervenfasern. Durch den gegenseitigen Druck der vergrösserten Nervenfasern wird das erweichte Myelin aufgelöst und abgebröckelt: die Achsencylinder nehmen oft Theil, oft auch bleiben sie verschont. Für die Annahme Popoff's, dass ein Theil der Achsencylinder regenerirt wird, liess sich in den Präparaten kein Anhaltspunkt finden. Auch war nur sehr wenig von Veränderungen des interstitiellen Gewebes zu sehen. Der ganze Process unterschied sich von dem bei acuter Myelitis nur durch die geringere Intensität und Verfasser schliesst sich der Ansicht Jener an, welche in der multiplen Sklerose eine in acuten und subacuten Nachschüben verlaufende Form der disseminirten Myelitis sehen.

23) K. Ehlich und O. Lindenthal: **Eigenthümlicher Blutbefund bei einem Fall von protrahirter Nitrobenzolvergiftung.** (Aus der Klinik v. Schrötter's in Wien.)

Der von den Verfassern mitgetheilte Fall betraf eine 50 jähr. Patientin, welche 100 g Mirbanöl mit Rum gemischt zu sich genommen hatte. Die Symptome bestanden in vollständiger Bewusstlosigkeit, starker Cyanose mit bläulichgrauer Farbe der Haut, Lippen, Conjunctiven und Zunge, in intensivem Geruch der Exspirationsluft nach Bittermandelöl, erweiterten und reactionslosen Pupillen, sehr kleinem und arhythmischem Puls, oberflächlicher Athmung. Nach einer vorübergehenden Besserung traten Schmerzen in der Magengegend, Erbrechen aller aufgenommenen Nahrung, Incontinentia alvi et urinae, Schmerzen beim Uriniren, Suggillationen an verschiedenen Körperstellen, Ikterus, rasch zunehmender Decubitus auf; nach 17 Tagen erfolgte der Exitus letalis. Die Untersuchung des in der Wohnung vorgefundenen Giftrestes ergab deutliche Nitrobenzolreactionen; der eiweisshaltige, aber von reducirenden Substanzen freie Urin lieferte ebenfalls die Nitrobenzolreactionen, aber keine Anilinreactionen. Die spectroskopische Blutuntersuchung ergab das Spectrum des Methaemoglobins; die Zahl der rothen Blutkörperchen nahm während der Krankheit bis auf 900 000 ab, die Zahl der Leukocyten stieg vorübergehend auf 60 000, dabei sehr geringe Poikilocytose; viele rothe Blutkörperchen zeigten die Erscheinungen der anaemischen Degeneration; endlich waren viele kernhaltige Erythrocyten zu sehen, namentlich Megaloblasten; diese zeigten vielfach Kernfiguren, deren Entstehung durch Karyokinese oder Fragmentirung nicht zu entscheiden war; die grosse Zahl der Megaloblasten gegenüber der geringen Anzahl der Normoblasten verlieh der Anaemie den Charakter der perniciösen Anaemie, womit der Sectionsbefund, die Fettdegeneration des Herzens, der Leber und der Nieren übereinstimmte.

24) P. Jakob: **Ueber den Einfluss artificiell erzeugter Leukocytoseveränderungen auf künstlich hervorgerufene Infectionskrankheiten.** (Aus dem Krankenhause Moabit, Abtheilung von Professor Goldscheider.)

Um neues Material zur Beurtheilung des Einflusses der Hypo- und Hyperleukocytose auf den Verlauf von Infectionskrankheiten zu gewinnen, spritzte Verfasser Kaninchen einerseits theils subcutan 5 ccm 10 proc. Hemialbumoselösung oder 5 ccm 2 oder 4 proc. Lösungen von Protalbumose oder Deuteroalbumose, welche nach Kühne-Neumeister aus Witte'schem Pepton dargestellt war, theils intravenös 1 ccm von den beiden letzteren Lösungen ein, danach virulente Pneumococcen- oder Mäusesepticaemiebacillenbouillon in die Ohrvene, und zwar theils im Stadium der durch die Albumoseinjection erzeugten Hypoleukocytose, theils in dem der Hyperleukocytose, theils unmittelbar nach der Albumoseinjection, andererseits injicirte er zuerst das Infectionsmaterial und danach theils in dem Stadium der hiedurch hervorgerufenen Hypoleukocytose, theils in dem der Hyperleukocytose, die Albumoselösung. Die im Stadium der durch Albumoseinjection erzeugten Hypoleukocytose inficirten Thiere gingen stets zu Grunde, meist schneller als die Controlthiere. Die während des Zunehmens der Hyperleukocytose inficirten Thiere dagegen blieben am Leben, die Hälfte davon zeigte überhaupt keine nennenswerthen Erscheinungen. Die während des Abnehmens der Hyperleukocytose inficirten Thiere starben meistens, allerdings später als die Controlthiere. Diejenigen Kaninchen, bei welchen die Infection gleich nach der Albumoseinjection erfolgte, zeigten Alle deutliche Krankheitserscheinungen, gingen aber nicht zu Grunde. Bei den Thieren dagegen, bei welchen die Albumoseinjection nach der Infection gemacht wurde, war nur dann eine günstige Wirkung der Albumoseinjection zu bemerken, wenn sie während des Zunehmens der durch die Infection bewirkten Hyperleukocytose geschah. Verfasser erklärt nun seine Resultate durch die Annahme, dass die in den blutbereitenden Organen lagernden bactericiden Stoffe in Folge der positiv chemotactischen Wirkung, welche auf die Leukocyten ausgeübt wird, durch letztere in den Kreislauf gelangen und von denselben dann wahrscheinlich abgeschieden werden, um den Kampf mit den Bacterien, resp. den von ihnen abgesonderten Toxinen aufzunehmen. Bei den im Stadium der Hypoleukocytose inficirten Thieren war es in Folge der negativchemotactischen Wirkung zu einer Anlockung der Leukocyten gar nicht gekommen, in Folge dessen gingen die Thiere schneller als die Controlthiere, bei denen wenigstens die vor der Infection in normaler Menge circulirenden Leukocyten ihre Wirkung ausüben konnten, zu Grunde. Hauptsächlich scheinen es ferner die ersten, im aufsteigenden Ast der Hyperleukocytose in die Blutbahn eingeführten Leukocyten zu sein, welche mit den antitoxischen Stoffen incorporirt sind, da die Versuche, die den absteigenden Ast der Hyperleukocytose betrafen, alle ziemlich ungünstig ausfielen.

25) H. Rosin-Berlin: **Ein Beitrag zur Lehre von der Tabes dorsalis.**

Verfasser theilt die Krankengeschichte und den anatomischen Befund von einem Fall von beginnender Tabes, bei welchem das Lendenmark intact war, mit und erörtert im Anschluss hieran die pathologisch-anatomischen Verhältnisse bei der Tabes. Hiernach handelt es sich um einen einfachen Ausfall von Nervensubstanz, ein Zugrundegehen von Nervenfasern in den hinteren Wurzeln und im Rückenmark, der durch das Fehlen von entzündlichen Reizerscheinungen, von Gefässalteration, Körnchenzellenbildung, von Quellung der Achsencylinder und Markscheiden ausgezeichnet ist. Im Rückenmark sind lediglich diejenigen Fasern betroffen, welche, wie die Untersuchungen von Ramon y Cayal, Golgi, Flechsig, Singer, Lissauer etc. dargethan haben, aus den hinteren Wurzeln stammen, nämlich die Fasern der Hinterstränge; ausgenommen sind die an der vorderen Kuppe der Hinterstränge gelegenen, welche nicht zu den Hinterwurzelfasern gehören und ein an der hinteren Fissur gelegenes schmales Gebiet, die Flechsig'sche mediane Wurzelzone, welche nach Redlich absteigende Fasern enthält. Von tabesähnlichen Processen sind zu erwähnen die sogenannten combinirten Systemerkrankungen, bei welchen die hinteren Wurzeln völlig intact sind; diese klinisch und histologisch von der reinen Tabes deutlich zu trennenden Affectionen nehmen vielfach ihren Ausgang von den Gefässen, wie die Friedreich'sche Krankheit. Die Tabes kann auch durch Erkrankung von Rückenmarkspartien, welche anderen Neuronen angehören, wie der motorischen oder Kleinhirnseitenstrangbahnen etc., complicirt sein. Dieselben histologischen Veränderungen, wie bei der Tabes, werden durch eine Zerstörung hinterer Wurzelfasern, wie durch Erkrankungen der Cauda equina, des Conus terminalis, durch Ergotinvergiftung, zuweilen bei chronischer, syphilitischer Meningitis hervorgerufen. Bezüglich des Ausgangspunktes der Tabes ist noch nicht festgestellt, ob zuerst die Zellen, die Spinalganglien oder die peripheren Ausbreitungen der sensiblen Nerven erkranken. Von den klinischen Besonderheiten des Falles findet das Erhaltenbleiben der Patellarreflexe seine Erklärung in der Intactheit der Lumbalnervenwurzeln und des Lumbalmarkes; die gastrischen Krisen dürfen vielleicht, wie die Blasen- und Mastdarmschmerzen, auf periphere Affectionen sympathischer Nerven des Magens, der Blase und des Mastdarms zurückgeführt werden. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Tabes eine Erkrankung des 1. sensiblen Neurons, eine Degeneration des 1. Neurons der sensiblen Leitungsbahn ist, die in vorgeschrittenen Fällen auch auf ein zweites sensibles oder auf das 1. motorische Neuron übergehen kann.

26) H. Ruge: **Ueber actinomycesähnliche Gebilde in den Tonsillen.** (Aus der Klinik v. Gerhardt's in Berlin.)

Verfasser fand bei der Untersuchung von 25 Tonsillen 4 mal drusige Gebilde in den Krypten, welche von einem zum Geschlechte der Actinomyces gehörigen Parasiten gebildet wurden. Diese Pilze unterscheiden sich von dem pathogenen Actinomyces hominis durch die grösseren Drusen, die weniger deutliche strahlige Anordnung, die Nichtfärbbarkeit mit der Günther'schen Modification der Gram'schen Methode, sowie dadurch, dass der pathogene Actinomyces ausgedehnte Zerstörung und Eiterung in den Geweben hervorruft, während der vom Verfasser gefundene nur Mycosen der Tonsillen, des Pharynx, eventuell auch Tonsillarhypertrophie und Abscesse hervorruft.

27) F. Blumenthal: **Klinische und experimentelle Beiträge zur Kenntniss des Tetanus.** (Aus der Klinik v. Leyden's und dem chemischen Laboratorium des pathologischen Instituts in Berlin.)

Die vom Verfasser an 2 letal verlaufenen Tetanusfällen ausgeführten Untersuchungen ergaben Folgendes: Das Tetanusgift ist in kochsalzhaltigem Wasser löslich und gehört nicht zu den Eiweissstoffen. Durch Heilseruminjection wird das im Blut kreisende Gift unwirksam gemacht, nicht aber das in der Rückenmarkssubstanz befindliche, daher die Misserfolge der Serumtherapie. Das im menschlichen Organismus gebildete Tetanusgift erzeugt beim Meerschweinchen keine Temperaturerhöhung, sondern eine Erniedrigung derselben. Der Urin Tetanuskranker enthält kein Tetanusgift in wirksamer Concentration, Urin nicht tetanuskranker Versuchsthiere kann an und für sich tetanusartige Symptome bei Mäusen und Meerschweinchen hervorrufen.

28) B. Leick: **Beitrag zur Lehre von der Hysterie der Kinder.** (Aus der med. Universitätsklinik Mosler's in Greifswald.)

Verfasser theilt die Krankengeschichte eines 11jähr. Knaben mit, welcher im Anschluss an Zahnschmerzen eine hysterische Lähmung der Beine bekommen hatte. Nach Extraction des schmerzhaften Zahnes und Faradisation und Bädern verschwand die Lähmung völlig. Im Anschluss hieran bespricht Verfasser noch 4 andere Fälle von kindlicher Hysterie, die früher in der Greifswalder Klinik beobachtet waren, bei denen es sich 3 mal um hysterische Lähmungen und 1 mal um hysteroepileptische Krämpfe gehandelt hatte.

29) E. Kalmus: **Beitrag zur Kenntniss der Rückenmarkserkrankungen bei Diabetes mellitus.** (Aus der I. med. Klinik in Berlin und dem städt. Krankenhaus in Moabit.)

Verfasser fand bei 2 Diabetikern, von denen der eine im Anschluss an eine forcirte antiluetische Cur den Diabetes bekommen hatte und im Coma diabet. starb, während der andere an Phthise starb, im Rückenmark eine Sklerose der Hinterstränge, beim ersteren in der Hals- und Lendenanschwellung, beim zweiten im mittleren Dorsalmark; im ersten Fall war die Ausbreitung des Processes sehr asymmetrisch und waren auch die Seitenstränge im Cervicalmark afficirt. Im zweiten Falle waren die Ventralfelder bis zur hinteren grauen Commissur mitergriffen.

30) F. v. Oefele: **Vorhellenische Medicin Kleinasiens.** (Zu einem kurzen Referate nicht geeignet.)

Lindemann-München.

**Archiv für klinische Chirurgie.** 53. Band, 1. Heft. Berlin, Hirschwald 1896.

1) M. Walter: **Ueber das multiple Auftreten primärer bösartiger Neoplasmen.** (Patholog. Institut Rostock).

Die sehr lesenswerthe Arbeit bringt kritische Untersuchungen über das genannte Thema nebst Mittheilung einer Reihe weiterer wichtiger von Lubarsch gesammelter Beobachtungen. Zunächst bespricht Verfasser diejenigen Fälle von multiplen Carcinomen, die durch Krebszellenimplantation entstanden sind, weiter die doppelseitigen Carcinome in gleichartigen Organen (Mammae, Ovarien).

Dann folgen Untersuchungen über multiple primäre Carcinome in demselben oder in verschiedenen Organen, und hieran schliessen sich die Fälle von multiplen primären Sarkomen verschiedener Organe. Den Schluss machen die Fälle von Combination verschiedenartiger Neubildungen.

Eine Erklärung für das letztere Vorkommen ist zur Zeit nicht möglich. Die Multiplicität der Carcinome ist auf dreierlei Ursachen zurückzuführen, auf die Krebszellenimplantation, auf die Multiplicität von Reizen und auf die Multiplicität von Geschwulstanlagen.

2) Pupovac-Wien: **Ein Fall von Teratoma colli mit Veränderungen in den regionären Lymphdrüsen.**

Es handelte sich um einen gänseeigrossen Tumor der linken Halsseite, der von Gussenbauer exstirpirt wurde. Das Kind starb am Abend des Operationstages.

Die sorgfältige Untersuchung des Tumors ergab, das er aus embryonalem Gewebe mit Uebergängen von diesem zu höheren Gewebsformen bestand, ferner fand sich in ihm Knochen- und Knorpelgewebe, quergestreifte und glatte Musculatur und Drüsenanlagen, und ausserdem Gliagewebe mit eingelagerten Ganglienzellen.

Das Bemerkenswertheste an dem Falle war, dass einige benachbarte Lymphdrüsen genau dieselben Structuren aufwiesen wie der Haupttumor. Verf. glaubt diese Veränderungen als secundäre, auf dem Wege der Lymphbahnen entstandene, auffassen zu müssen.

3) Lipowski-Freiburg i. Br.: **Pathologie und Therapie der Harnabscesse.**

Auf die ausserordentlich fleissige Monographie kann hier nur angelegentlichst aufmerksam gemacht werden.

4) Credé-Leipzig: **Silber als Antisepticum in chirurgischer und bacteriologischer Beziehung.**

5) P. Ziegler-München: **Ueber die Mechanik des normalen und pathologischen Hirndrucks.**

6) Kümmell-Hamburg: **Ueber die Anwendung des Murphy'schen Knopfes bei der Operation des Magencarcinoms und über Frühoperation desselben.**

7) Angerer-München: **Ueber die Endresultate der Nervenextractionen nach Thiersch.**

8) Petersen-Heidelberg: **Klinische Beobachtungen über die Bacteriotherapie bösartiger Geschwülste.**

9) Lauenstein-Hamburg: **Untersuchungen über die Möglichkeit, die Haut des zu operirenden Kranken zu desinficiren.**

Der Inhalt der sämmtlichen, vorstehend genannten Arbeiten findet sich bereits im Bericht über den diesjährigen Chirurgencongress wiedergegeben (s. No. 23—25 d. Wochenschr.) Krecke.

**Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medicin und Chirurgie.** I. Band, 1. Heft. Jena, G. Fischer.

1) Quincke-Kiel: **Ueber Pneumotomie.**

Verfasser hat schon früher (1888) über drei mit Erfolg operirte Eiterungsprocesse in der Lunge berichtet. Er hat seitdem sich unablässig der Förderung dieses schwierigen Gebietes gewidmet und kann jetzt über 14 weitere, theilweise mit Erfolg operirte Fälle Mittheilung machen. Neben den einschlägigen Krankengeschichten bringt die Arbeit eine tabellarische Uebersicht der seit 1887 publicirten Fälle anderer Autoren (ein vom Ref. mitgetheilter von v. Heineke operirter Fall scheint dem Verf. entgangen zu sein).

Von im Ganzen 54 Fällen sind 37 Proc. geheilt, 37 Proc. gestorben, in 6 Proc. ist gar kein, in 20 ein unvollkommener Erfolg erzielt. In Bezug auf vollkommene Heilung geben die acuten Fälle eine bessere Prognose wie die chronischen. Man soll also die acuten Fälle sobald wie möglich operativ in Angriff nehmen.

Der Sitz einer Eiterhöhle in der Lunge ist oft nur sehr schwer zu bestimmen. Für diese meist im Unterlappen gelegenen Höhlen haben die classischen Höhlensymptome keinen Werth. Am besten thut man immer, den Eingriff unterhalb des Schulterblattwinkels zu machen. Die Bedeutung der Probepunction ist keine sehr grosse.

Bei der Vornahme der Pneumotomie ist zunächst immer die Resection eines Rippenstückes nothwendig. Auch ist es immer erforderlich, dass pleurale Adhaesionen vorhanden sind. Darum soll man nach Freilegung der Pleura parietalis immer 10—14 Tage mit der Eröffnung warten, auch versuchen durch Chlorzinkgaze den entzündlichen Reiz zu verstärken. Sichere Anhaltspunkte für das Vorhandensein von Adhaesionen giebt es nicht. Die Eröffnung der Höhle geschieht am besten mit dem Thermocauter.

Verfasser hat alle Operationen selbst ausgeführt. Eine Trennung von Rath und That scheint ihm für so schwierige Verhältnisse, bei denen der Eingriff oft auf viele Sitzungen vertheilt, bei denen der Plan oft geändert werden muss, nicht angängig.

2) Bruns-Tübingen: **Ueber den gegenwärtigen Stand der Radicalbehandlung der Prostatahypertrophie, insbesondere mittelst Castration.**

Die Behandlung der Prostatahypertrophie ist in neuester Zeit plötzlich in ein ganz anderes Stadium getreten, nachdem man chirurgische Eingriffe kennen gelernt hat, die darauf hinausgehen, eine Schrumpfung des ganzen Organs herbeizuführen. Die von Bier dazu empfohlene Unterbindung der Art. iliacae scheint wohl den gewünschten Erfolg zu haben, ist aber doch ein zu schwerer Eingriff, umsomehr als wir in der doppelseitigen Castration ein viel einfacheres sicheres Mittel gefunden haben. Dieselbe ist nahezu gleichzeitig von Ramm (Christiania) und White (Philadelphia) als ein Heilmittel gegen die Prostatahypertrophie erkannt worden und zwar auf Grund von Beobachtungen, die an castrirten Menschen und Thieren gewonnen wurden. Aus denselben ergibt sich zweifellos, dass Hoden und Prostata in einem innigen Zusammenhang stehen, und dass die Prostata den Geschlechtsorganen als accessorische Drüse zuzuzählen ist.

Bruns hat 4 mal die doppelseitige Castration wegen Prostatahypertrophie mit recht günstigem Erfolge vorgenommen. Aus der Literatur konnte er im Ganzen 148 Fälle zusammenstellen. Unter 93 in Betracht kommenden Fällen ist 77 mal eine deutliche Verkleinerung der Prostata eingetreten, und 16 mal ausgeblieben. In 22 Fällen begann die Verkleinerung schon in der ersten Woche, bei anderen nahm sie bis zu einem Jahr in Anspruch. Weniger sicher ist der Erfolg der Operation bezüglich Wiederherstellung der Blasenfunction. Bei den Kranken mit häufigem Harndrang ohne Retention trat wohl immer Besserung, aber niemals völlige Heilung, d. h. kein Verschwinden des Residualharns ein. Sehr prompt wirkte die Operation bei den Fällen mit acuter Harnverhaltung: meist stellte sich schon am 2. Tage spontane Urinentleerung wieder ein. Mehrmals wird hier von vollständiger Heilung berichtet. Sehr auffällig sind die Erfolge bei denjenigen Kranken, welche an chronischer Harnretention litten und sich ausschliesslich des Katheters zur Harnentleerung bedienten. Hier ist selbst nach jahrelangem Katheterleben noch Heilung erzielt worden: von 25 Kranken, die sich einige Monate bis 2 Jahre des Katheters bedienten, sind 22 ganz von demselben befreit und von 20 Kranken mit 2—20jährigem Katheter-

dasein sind 8 wieder zu dem völligen Genuss der willkürlichen Harnentleerung gekommen. In mehr als der Hälfte der Beobachtungen ist zugleich eine Besserung oder Beseitigung der Cystitis erwähnt.

Die Wirkung der halbseitigen Castration auf die normale und hypertrophische Prostata erscheint nach den bisherigen Erfahrungen unsicher.

Weiterer Versuche scheint die noch nicht viel erprobte Durchschneidung der Ductus deferentes werth zu sein. Unter 11 Fällen war der Erfolg mehrmals ein sehr günstiger, oft schon nach wenigen Tagen. Diese Behandlungsmethode ist um so eher zu versuchen, als der Verlust der Hoden selbst im Alter doch nicht ganz ohne Bedeutung ist.

(Den 11 von Bruns zusammengestellten Fällen kann Ref. zwei weitere hinzufügen. In dem ersten mit Retention einhergehenden Falle ist jetzt, nach 7 Wochen, keine Spur einer Besserung vorhanden. Bei dem zweiten, an häufigem Harndrang leidenden Patienten stellte sich schon am nächsten Tage erheblicher Nachlass der Beschwerden ein.)

3) Naunyn-Strassburg: **Ueber Ileus.**

Verfasser gibt aus seiner reichen Erfahrung einen Ueberblick über die Ileusfrage und stellt besonders eine Reihe von präcisen Regeln für die Indicationsstellung zur Operation auf.

Eine ganz besondere Stellung nehmen alle diejenigen Fälle von Ileus ein, in denen eine Hernie besteht oder bestanden hat, selbstverständlich von den Brucheinklemmungen abgesehen. Alle diese Fälle müssen unbedingt bald operirt werden; sie ergeben 72 Proc. Heilungen.

Die Differentialdiagnose zwischen Ileus und Peritonitis ist sehr wichtig. Für die Peritonitis kommt vor allen Dingen die Auffindung eines aetiologischen Momentes in Betracht, sowie das Fehlen der peristaltischen Bewegungen. Bei vorhandener Peritonitis wird die Indication zur Operation mit Rücksicht auf diese gestellt.

Bei chronischer Darmenge soll man sich mit der Operation nicht beeilen. Für die chronische Darmenge sprechen: allmählich zunehmende Beschwerden, kein fixirter Schmerz, starke Peristaltik in einer sehr wenig beweglichen Darmschlinge, verhältnissmässig gutartiger Verlauf.

Sehr wichtig ist die Bestimmung des Sitzes der Undurchgängigkeit, und zwar zunächst die Lage der undurchgängigen Stelle in der Bauchhöhle. Die Bestimmung derselben ist so gut wie ausschliesslich dann möglich, wenn man Peristaltik in einer fixirten Darmschlinge findet: das Hinderniss sitzt an der Stelle, wo man die peristaltischen Bewegungen constant hinziehen sieht. Die Diagnose des Sitzes der Undurchgängigkeit im Darm gelingt mit einiger Sicherheit nur dann, wenn sie im Duodenum (oder oberen Jejunum) oder im S Romanum oder Colon descendens sitzt; im ersteren Falle grosse Mengen galligen Erbrechens, im letzteren Unvermögen, mehr als $^1/_2$—$^3/_4$ l Wasser im Rectum zurückzuhalten.

Bei Strangulation ist der operative Eingriff immer indicirt. Zu ihrer Symptomatologie gehören besonders die fixirte geblähte Darmschlinge ohne Peristaltik und der freie haemorrhagisch-seröse Erguss in der Bauchhöhle.

Beim Ileus durch Fremdkörper — Gallensteine — erscheint die Operation nur in seltenen Fällen angezeigt.

Beim Volvulus des S Romanum verhalte man sich individualisirend, jedenfalls übereile man die Operation nicht, wenn der Ileus nicht besonders bösartig ist.

Bei Intussusception ist, wenn nicht frühzeitige spontane Reposition eintritt, Heilung nur durch die Laparotomie zu hoffen.

Im Allgemeinen gelten für die Ileusbehandlung folgende Regeln: Keine inneren Abführmittel. Grosse Wassereingiessungen oder Oelklystiere (200—500 ccm) Opiate nicht in zu grossen Dosen. Bei Ueberfüllung des Magens immer Magenausspülung. Wenig Speisen und Getränke, gegen den Durst Warmwasserklystiere. Die Punction der Darmschlingen ist nicht empfehlenswerth.

4) Trautenroth: **Lebensgefährliche Haematurie als erstes Zeichen beginnender Nierentuberculose.** (Städt. Krankenhaus Stettin.)

Die als erstes Zeichen der Nierentuberculose aufgetretene Blutung war eine so starke, dass eine vitale Indication zu chirurgischem Eingreifen gegeben war. 16 Tage nach Auftreten der ersten Krankheitserscheinungen wurde die Nephrectomie mit Erfolg ausgeführt.

Krecke.

**Centralblatt für Gynäkologie.** No. 36.

1) R. Hammerschlag-Schlan: **Curettement bei Graviditas extra-uterina.** Schon Hofmeier und Löhlein haben auf die Gefahren eines Curettements bei ectopischer Schwangerschaft aufmerksam gemacht. Beide sahen danach frische Haematocelen entstehen, z. Th. mit letalem Verlauf. Einen ähnlichen Fall sah auch H. bei einer 29 jährigen Nullipara, deren Menses 6 Wochen ausgeblieben waren. Nach der von einem Specialisten vorgenommenen Probeausschabung des Uterus entstand ein mit remittirendem Fieber verbundener parametraner Abscess, der zum Glück für die Kranke in das Rectum perforirte, worauf bald Genesung erfolgte. Das Probecurettement bei extrauteriner Gravidität muss daher aufgegeben werden.

2) J. Füth-Koblenz: **Zur Behandlung der Placenta praevia.** Für Kliniker und gewandte Specialisten empfiehlt sich die combinirte Wendung, für die allgemeine und Landpraxis empfiehlt F. die intrauterine Kolpeuryse mit Dauerzug am Schlauche nach Schauta und Mäurer. Sofort nach gestellter Diagnose soll die Geburt künstlich eingeleitet werden. Die Prognose der Placenta praevia ist noch immer nicht gut. Eine durch Hebammen gewonnene Statistik ergab in 50 Fällen für die Mütter eine Mortalität von 38 Proc., für die Kinder fast 80 Proc F. hofft, durch die Kolpeuryse erheblich bessere Resultate erzielen zu können.

Jaffé-Hamburg.

**Berliner klinische Wochenschrift.** 1896, No. 35 u. 36.

No. 35. 1) E. Maragliano-Genua: **Das antituberculöse Heilserum und dessen Antitoxin.**

M. berichtet eingehend über die Herstellung des von Hunden, Pferden und Eseln in seinem Laboratorium gewonnenen antituberculösen Heilserums. Er untersuchte die Wirkungen mehrerer Präparate, die theils auf 100°, theils nur auf 30° erhitzt worden waren und fand einen verschiedenen Effect, welchen er auf den differenten Gehalt an Proteïnen, resp. Toxalbuminen zurückführt. Als toxische Einheit der tuberculösen Filtrate erklärt M. eine Quantität, «welche fähig ist, dasselbe Gewicht vom gesunden Meerschweinchen zu tödten». M. wahrt bezüglich der von ihm zuerst signalisirten Thatsache, dass das Serum die toxische Wirkung des Tuberculins neutralisire, die Priorität gegenüber Behring, Babes und Niemann.

2) C. Kaiserling-Berlin: **Ueber die Conservirung von Sammlungspräparaten mit Erhaltung der natürlichen Farben.** Vergl. das Referat über die Sitzung der medic. Gesellschaft zu Berlin vom 8. Juli 1896.

3) Tilmann-Berlin: **Zur Frage der Torsionsfracturen des Oberschenkels.**

Die Ursache der fraglichen Fractur bestand in 4 der von T. gesehenen Fälle anamnestisch darin, dass die betr. Personen versuchten, sich bei stark emporgezogenem Fuss die Schuhe von den Füssen zu ziehen; in einem 5. Fall trat die Oberschenkelfractur ein, während die Person eine verletzte Stelle der Sohle besichtigen wollte. Versuche an 90 Leichen ergaben, dass es bei normal ernährten kräftigen Knochen nicht möglich ist, durch Rotation des Oberschenkelknochens vermittelst Hebelung des Unterschenkels eine Torsionsfractur hervorzurufen. Bei 2 jener Kranken war zur Zeit des Fractureintritts Tabes dors. vorhanden, bei allen 3 andern trat dieselbe später in die Erscheinung, so dass T. der Annahme zuneigt, dass die trophischen Störungen am Knochensystem zu den Frühsymptomen der Tabes gehören.

4) P. Bröse-Berlin: **Ueber die diffuse gonorrhoische Peritonitis** und

5) Hauser-Berlin: **Ueber Tetanie der Kinder** (cfr die Referate in No. 11 resp. 24 dieser Wochenschr.).

6) Hamburg-Berlin: **Ueber die Zusammensetzung der Dr. Rieth'schen Albumosemilch und deren Anwendung bei Kindern und Erwachsenen.**

Die modificirte Rieth'sche Milch enthält im Liter 120 gr Kuhmilch, 195 gr Sahne, 8 gr Hühner-Eiweiss, 45 gr Milchzucker, 0,16 gr kohlensaures Natron und 0,07 gr ClNa.

Der Zusatz von Hühnereiweiss macht nach Verf. die Kuhmilch bezüglich des Eiweisses in hohem Grade der Frauenmilch ähnlich. Ueber die Anwendung der so präparirten Milch bei gesunden und kranken Säuglingen, bei anaemischen und rhachitischen Kindern berichtet H. von den glänzendsten Erfolgen und stellt dieselbe sogar über die Ammenmilch! Auch bei an Chlorose, Tuberculose, Magenkatarrh etc. erkrankten Erwachsenen hat H. meist sehr befriedigende Resultate gesehen.

No. 36. 1) W. Zinn und M. Jacoby-Berlin: **Ueber das regelmässige Vorkommen von Anchylostomum duodenale ohne secundäre Anaemie bei Negern, nebst weiteren Beiträgen zur Fauna des Negerdarmes.**

Die Verfasser untersuchten die Faeces von 23 durchwegs gesund erscheinenden Negern verschiedener Stämme und fanden 21 mal Anchylost. duoden., 8 mal Trichocephalus dispar, 8 mal Ascaris, 4 mal Anguillula stercoralis.

Das Anchylost. duoden. scheint demnach unter afrikanischen Völkerschaften endemisch zu sein, nicht aber die Erscheinungen der Anchylostomiasis, eine Erscheinung, welche die Verfasser auf Gewöhnung und Raceeigenthümlichkeiten zurückführen. Für den Europäer bildet die Lebensweise einen Schutz gegen die Parasiten. Die Charcot-Leyden'schen Krystalle wurden in den Parasitenträgern nicht constant gefunden.

2) J. Althaus-London: **Die elektrische Behandlung der Impotenz.**

A. bespricht die Symptomatologie der männlichen Impotenz, welche er scheidet in: 1. cerebrale, inhibitorische oder psychische; 2. in spinale. Die erstere tritt auch nach Traumen, besonders des Hinterhauptes, auf. Die von A. empfohlene und seit 40 Jahren geübte Anwendung des constanten Stromes variirt, je nachdem es sich gemäss der Symptome um Ueberreizung oder aber Parese des ejaculatorischen Centrums oder des Erectionscentrums im Lendenmarke handelt. Die Details der therapeutischen Vorschriften sind im Original nachzusehen.

3) Joachimsthal: **Ueber einen Fall von angeborenem Defect an der rechten Thoraxhälfte und der entsprechenden Hand.**

Die Verhältnisse des betreffenden Falles, bei welchem es sich um ein Fehlen der ganzen Sternocostalportion des Musc. pector. maj. handelte, sowie um eine Verbildung der Hand der Art, dass nur 3 annähernd normal entwickelte Metacarpi und nur 3 Finger, nämlich Daumen, Ring- und kleiner Finger, vorhanden waren, werden durch 2 Photographieen und eine Röntgen-Aufnahme illustrirt. An der Stelle des Muskeldefectes fand sich eine starke Depression der Rippen.

4) B. Laquer-Wiesbaden: **Ueber die Beeinflussung der Alloxurkörper- (Harnsäure + Xanthinbasen) Ausscheidung durch Milchdiät und über Fettmilch bei Gicht.**

Die Ergebnisse der L.'schen Untersuchungen sind folgende: 1. Flüssigkeitszufuhr steigert die Alloxurkörper-Ausscheidung bei Gesunden; 2. Milchdiät-Zufuhr steigert die Xanthinbasen-Ausscheidung, erniedrigt die Harnsäure-Ausscheidung; 3. die Gärtner'sche Fettmilch ist ein vorzügliches Diäteticum bei uratischer Diathese. Von der Fettmilch empfiehlt L. vorübergehend als sogenannte Milchcur 3 l pro die, oder dauernd 1—2 l pro die bei gemischter Kost, sowohl bei acuter als chronischer Gicht.

5) L. Pick und J. Jacobsohn-Berlin: **Eine neue Methode zur Färbung der Bacterien, insbesondere des Gonococcus Neisser, im Trockenpräparat.**

Das Princip der neuen Methode besteht darin, dass 2 basische Anilinfarben zur Herstellung von Trockenpräparaten verwendet werden und zwar in folgender Weise:

1. Ausstreichen des Eiters etc. auf dem Deckgläschen resp. Objectivträger und Trocknen.
2. 3 maliges Durchziehen durch die Flamme.
3. Färbung, höchstens 8—10 Secunden, in:
   Aq. dest. 20,0
   Carbolfuchsin gtt. 15
   Conc. alkohol. Methylenblau-Lösung gtt 8.
4. Abspülen mit Wasser.
5. Trocknen, eventuell unter Durchziehen durch die Flamme.
6. Bei Deckglastrockenpräparaten Kanadabalsam.

Dr. Grassmann-München.

**Deutsche medicinische Wochenschrift 1896, No 37.**

1) E. Mendel-Berlin: **«Der Fall N.»**

Professor Mendel verwahrt sich gegen die von Professor Oppenheim in seiner Broschüre «Der Fall N.» erhobenen Beschuldigungen und betont den Schaden, den das ärztliche Ansehen durch solche in die Oeffentlichkeit getragene Controversen erleidet.

2) R. Greeff-Berlin: **Die Serumtherapie bei der Diphtherie des Auges und bei postdiphtherischen Augenmuskellähmungen.**

Die Schlüsse, die aus diesem Sammelberichte gezogen werden können, sind folgende: Die Diphtherie des Auges wird durch die Serumtherapie sehr günstig beeinflusst (in 37 von 42 Fällen prompte Reaction). Bei Pseudodiphtherie übt das Serum keinen nennenswerthen Einfluss aus. Die Anzahl der Augenmuskellähmungen scheint nach der Anwendung des Serums zu steigen, auch treten schwerere Formen derselben auf, jedenfalls bietet die Serumtherapie kein Prophylaxe für postdiphtherische Lähmungen. Eine nachträgliche Behandlung derselben mit Heilserum verspricht wenig Erfolg.

3) Hessler-Halle a. S.: **Eine Modification des Schütz'schen Pharynxtonsillotoms.**

Die Modification besteht in einer veränderten Anordnung des Messers, so dass dasselbe sowohl auf Druck als auf Zug schneidet.

4) L. Jankau: **Otologische Mittheilungen.**

Nach den Untersuchungen Jankau's ist die normale Hörweite Erwachsener für die Flüstersprache in Worten 10—12 m, in Zahlen 14—15 m im Durchschnitt. Von Instrumenten wird als praktisch empfohlen ein aus Gummi mit Mullüberzug gefertigter Ohrverschliesser für die gewerblichen Ohrenkrankheiten, ein mit Doppelventil versehener Gummiballon zum Gebrauch bei der Katheterisirung der Tuba Eustachii, wie er mit grossem Erfolg in der Münchener Poliklinik angewendet wird und endlich noch ein Ohrlöffel, der so construirt ist, dass eine ungeübte Hand nicht zu tief in den Gehörgang eindringen kann

5) B. Gomperz-Wien: **Bemerkungen zu Dr. L. Grünwald's Aufsatz: „Beiträge zur Ohrenchirurgie."**

Gomperz hält gegenüber den im November 1895 in einer Serie von Artikeln in dieser Wochenschrift aufgestellten Behauptungen Grünwald's seinen Standpunkt fest, indem er bei chronischen Eiterungen der Paukenhöhle der conservativen Methode den Vorrang vor der Operation einräumt, und zwar nicht nur in Bezug auf den Verlauf, sondern auch auf das Endresultat.

6) **Therapeutische Mittheilungen.**

Bresler-Freiburg i. Schl.: **Zur combinirten Verwendung der Narcotica und Hypnotica.**

Bresler empfiehlt ähnlich wie bei somatischen Organerkrankungen z. B Digitalis mit Calomel bei Nierenaffectionen gegeben wird, so auch in der Neurotherapie eine Combination der narkotischen und hypnotischen Mittel, so dass das eine Mittel auf die Circulation, das andere auf die Nervensubstanz selbst wirkt.

H. Citron-Berlin: **Nosophen, Antinosin und Endoxin.**

Sammelreferat über die Literatur der als Jodoformersatzmittel gepriesenen Präparate.

7) O. Treymann: **Fünf Monate in London.**

T. gibt einige praktische Winke für Aerzte, welche sich Studienhalber einige Monate in London aufhalten wollen. F. L.

# Vereins- und Congressberichte.

## Deutscher Verein für öffentliche Gesundheitspflege.

### XXI. Versammlung vom 10.—13. September in Kiel.

Originalbericht von Dr. *Kister*, Assistent am hygien. Institut in Kiel.

Der deutsche Verein für öffentliche Gesundheitspflege entfaltet nicht nur durch seine wissenschaftlichen Errungenschaften eine segensreiche Thätigkeit und erweist sich als ein mächtiges Vehikel für die sanitäre Vervollkommnung der Städte, sondern er gibt auch den Männern der Wissenschaft, der Praxis, die in verschiedenen Kreisen für das Wohl des Vaterlandes wirken, Gelegenheit, sich zusammenzufinden und so die Gegensätze auszugleichen, die etwa trotz der sonst herrschenden Einigkeit im deutschen Reiche bestehen. Dies war es auch, worauf Herr Oberbürgermeister Fuss besonders hinwies, als er als Vertreter der Stadt Kiel die auch zu der XXI. Versammlung des Vereins für öffentliche Gesundheitspflege besonders aus dem Süden zahlreich erschienenen Damen und Herren am 9. September Abends im Seegarten herzlich bewillkommnete. Hierauf nahm der Vorsitzende der Versammlung, Herr Geheimrath Pistor aus Berlin das Wort, dankte für die warme Begrüssung und sprach die Hoffnung aus, dass die freundschaftliche Gesinnung, das Gefühl der Zusammengehörigkeit sich durch die diesjährige Zusammenkunft noch stärken möge.

Eine Festschrift «Kiels Einrichtungen für Gesundheitspflege und Unterricht» ist der XXI. Versammlung des deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege von der Stadt Kiel gewidmet worden. Von fachmännischer Seite wird eine Uebersicht gegeben über die allgemeine Oertlichkeit, die Bevölkerung, die Bau- und Wohnungsverhältnisse, über Strassen, Verkehrswege und öffentliche Anlagen, über die Wasserversorgung, die Nahrungsmittelversorgung, über Unterrichts- und Erziehungswesen, über Armen- und Stiftungswesen, die Wohlthätigkeit, über Krankenanstalten und Krankenpflege, sowie Armen- und Gefängnisswesen, über die Bekämpfung der Infectionskrankheiten und schliesslich über die Gesundheitspflege von Seiten der Universität und der Marine, so dass Alles, was an hygienischen Einrichtungen und Maassnahmen im Laufe der Zeit in Kiel geschehen ist, hier zusammengestellt ist. Ausserdem ist ein Plan der Stadt Kiel beigegeben.

#### I. Sitzung.

Am 10. September, Morgens 9 Uhr, wurde in der Aula der Marineakademie der Congress eröffnet. Herr Geheimrath Pistor begrüsste die Versammlung. Er gedachte des hundertjährigen Gedenktages der Einführung der Schutzpockenimpfung durch Jenner, sodann der Thätigkeit des Vereins in Stuttgart, die ihre Früchte gezeitigt hat. Dann wies er auf einen Sammelwagen der Gesellschaft «Staubschutz» in Berlin für die Abführung der städtischen Haus- und Wirthschaftsabgänge, Müll u. s. w. hin, der im Vorgarten der Marineakademie aufgestellt ist. Schliesslich erwähnte der Vorsitzende die auf der Tagesordnung stehenden Vorträge und machte auf die hohe Bedeutung und das allgemeine Interesse an denselben aufmerksam.

Nachdem die Vertreter der Regierung [1]), der Stadt Kiel [2]), der Universität [3]) und der Marine [4]) die Versammlung begrüsst und Herr Geheimrath Pistor ihnen gedankt hatte, verlas der Geschäftsführer, Herr Geheimrath Spiess-Frankfurt a. M., den Bericht des vergangenen Jahres. Der Verein besteht zur Zeit aus 1302 Mitgliedern, neu eingetreten sind 139, bis jetzt sind in Kiel 209 anwesend.

Sodann gedachte der Vorsitzende der im verflossenen Jahre Verstorbenen und beleuchtete die grossen Verdienste derselben, die theilweise über die Grenzen unseres Vaterlandes hinaus bekannt geworden seien. Die Anwesenden erhoben sich, um das Andenken an die Verstorbenen zu ehren, von den Plätzen.

Herr Oberingenieur Andreas **Meyer** Hamburg theilte darauf der Versammlung mit, dass eine Liste ausgelegt sei für diejenigen Herren, die an einer Besichtigung der Müll-Verbrennungs-

[1]) Herr Oberpräsident v. Steinmann.
[2]) Herr Oberbürgermeister Fuss.
[3]) Herr Geheimrath Hansen.
[4]) Herr Viceadmiral Oldekop.

anstalt in Hamburg theilzunehmen wünschen; eine im Bureau in Empfang zu nehmende Karte von Hamburg diene als Legitimation. Eine zweite Liste lade zur Besichtigung der Filtrationswerke in Hamburg ein.

Herr Dr. **Ehrhardt**-Kiel erläuterte noch mit wenigen Worten das Programm für den Nachmittag, und dann ging man zu den Vorträgen über.

### I. Grundwasserversorgung mit besonderer Berücksichtigung der Enteisenung.

Referenten: Baurath A. Thiem-Leipzig, Professor Dr. Fischer-Kiel.

Der erste Theil, der mechanisch-hydrologische, dient gleichsam zur Einleitung für die Ausführungen, die Herr Prof. Fischer im 2. Theil gibt.

Herr Baurath **Thiem** weist darauf hin, dass Alles, was er vorzutragen hat, ihm durch persönliche Praxis zugewachsen sei. Nachdem er dann einen Ueberblick über die ältesten Formen der Wasserversorgung gegeben hat, geht er zu seinen sehr interessanten Ausführungen über, die sich in folgenden Sätzen zusammenfassen lasssen:

1. Grundwasser und Quellwasser unterscheiden sich nur durch ihre hydrologische Erscheinungsform.

2. Das Dasein von Grundwasserströmen hängt von der geotektonischen Beschaffenheit des Untergrundes ab. Unter günstigen Vorbedingungen ist die Menge des im Untergrunde fliessenden Wassers viel grösser, als man gewöhnlich annimmt; so ist die Wahrscheinlichkeit, die grössten in der norddeutschen Tiefebene liegenden Städte mit Grundwasser versorgen zu können, eine sehr grosse.

3. Die Methodik und Systematik in der Aufsuchung und Auffindung und in der Untersuchung auf Menge und Ausdauer der Grundwasserströme sind wissenschaftlich streng begründet und haben sich praktisch vollständig bewährt. Die Hydrologie ist eine selbständige Wissenschaft geworden, deren praktische Auswerthung im Boden vielfacher Erfahrung wurzelt.

4. Die künstliche und sichere Erzeugung von Grundwasser ist zwar noch wenig entwickelt, verspricht aber grosse Bedeutung zu erlangen.

5. Die Fassungsarten des Grundwassers und die dafür angewendeten technischen Mittel sind unter sich sehr verschieden; der Erfolg hängt von der zweckmässigen Anpassung an die natürlichen hydrologischen Zustände ab. Unzweckmässige Mittel drücken die gewonnene Menge unter die gewinnbare herab.

6. Im Allgemeinen ist die Versorgung durch Grundwasser erheblich billiger, als die durch Oberflächenwasser mit nothwendiger Filterung.

Nachdem Herr Baurath Thiem die Grundwasserversorgung in technischer Hinsicht, Art der Gewinnung, Ergiebigkeit und Kosten, beleuchtet hatte, spricht Herr Professor **Fischer** im Anschluss daran über die vom hygienisch-sanitären Standpunkte aus an das Wasser zu stellenden Anforderungen. Die erste aufgestellte These lautet:

Das dem Untergrunde im Bereiche gut filtrirender Bodenschichten in einwandsfreier Weise und aus genügender Tiefe entnommene Wasser ist stets keimfrei und hierdurch sowie durch seine gleichmässige Temperatur dem in den besten Anlagen sorgfältigst filtrirten Oberflächenwasser aus bewohnten Gegenden überlegen.

Zur Stütze dieser These weist Referent auf die vielfach bei Benutzung von Oberflächenwasser vorkommenden Epidemieen, Berliner Typhusepidemie 1889, Altonaer Typhusepidemie 1886, 87, 88, 91, 92, Altonaer Choleraepidemie 1893, Hamburger und Stettiner Choleraepidemie 1893, ferner Choleraepidemie in Nietleben — hin; zurückzuführen waren dieselben theils auf eine mangelhafte Einrichtung und Betrieb, theils auf einen plötzlich auftretenden Durchbruch der Filterschichten. Dagegen bildet der Boden ein stets gleichmässig und sicher wirkendes Filter; in 3—4 m Tiefe ist der Boden vollkommen keimfrei. Dann aber hat das Grundwasser auch eine das ganze Jahr hindurch annähernd gleiche Temperatur von etwa 9—11° C.

2. These: «Das Eisen, welches neben Schwefelwasserstoff oft Geschmack und Aussehen des Grundwassers beeinträchtigt, auch sonst demselben allerlei lästige und störende Eigenschaften verleiht, berechtigt ebensowenig wie die meist mit Unrecht angezweifelte Ergiebigkeit zu einem Verzicht auf das Grundwasser. Beide Stoffe lassen sich bei Erhaltung der Vorzüge des Grundwassers durch eine einfache Behandlung so vollständig entfernen, dass dasselbe nunmehr auch hinsichtlich seiner Appetitlichkeit und Schmackhaftigkeit den Vorzug verdient.»

Die Kohlensäure, welche das Wasser bei seinem Durchtritt durch den Boden aufnimmt, befähigt dasselbe, die Gesteine und auch die eisenhaltigen anzugreifen und zugleich die bei der Zersetzung frei werdenden Eisenverbindungen in der Form von doppeltkohlensaurem Eisenoxydul zu lösen. Auch den schwefelsauren Salzen, von denen das Grundwasser namentlich Gyps gelöst enthält, wird Sauerstoff von den organischen Substanzen entzogen, so dass Sulphide entstehen, die sich mit Kohlensäure zu Schwefelwasserstoff und kohlensauren Salzen umsetzen. Nicht immer ist das Grundwasser eisenhaltig, meist enthält es aber 1—3 mg i. L. Die bisher bekannt gewordenen Enteisenungsverfahren gehen nun alle darauf aus, das Eisen, nachdem es in reine, unlösliche Form übergeführt ist, mechanisch, meist durch Filtration, zurückzuhalten. Hierbei verliert das Wasser auch seinen Schwefelwasserstoff.

3. These: Behufs Enteisenung wird das Eisen entweder mittels Lüftung oder mittels Chemikalien ausgefällt und hierauf durch eine einfachere und billigere Filtration als beim Oberflächenwasser entfernt.

4. These: Manche Wässer lassen sich allein schon durch Filtration mittels Thierkohle hinreichend vom Eisen befreien. Gemauerte Kesselbrunnen mit einer Kalklage am Grunde und in der Wandung liefern bei nicht zu starker Benutzung jahrelang ein genügend von Eisen befreites, allerdings hartes Wasser. Sonst haben sich für die Einzelversorgung und den Kleinbetrieb die «Lüftungs-» und «chemischen» Verfahren bewährt. Letztere bieten hier gewisse Vorzüge. Für die Enteisenung im Grossen haben bisher nur die Lüftungsverfahren Eingang in die Praxis gefunden.

5. These: Bei manchen Wässern ist die Enteisenung mittels Lüftung schwieriger, hier empfiehlt sich ausser der Anwendung der Lüfter noch die Einschaltung eines Absatzbassins.

Bereits im Jahre 1868 hat Baurath Salbach in Dresden und 1886 Anklamm in Berlin die Enteisenung durch Lüftung mit Erfolg ausgeführt. Im Jahre 1890 veröffentlichte Oesten sein Verfahren — durch eine aufgehängte Tafel veranschaulicht — welches durch seine Einfachheit der Ausgangspunkt für die gesammte Entwicklung des Enteisenungsverfahrens überhaupt bildete. Ferner ist zu erwähnen das Verfahren von Piefke, welches hier in Kiel wegen seiner ausserordentlichen Sicherheit des Betriebes und wegen seiner vollkommeneren Reinigung Anwendung gefunden hat. Die Lüftung wird durch einen 3 m hohen Coaksthurm ausgeführt.

Der Absitzbehälter ist so gross, dass das Wasser bei der gewöhnlich angewendeten Filtrirgeschwindigkeit von 300—450 mm ungefähr 2—3 Stunden darin verweilt. Die Filter bekommen eine 75 cm hohe Schicht von scharfem Sand. Der höchste Filterdruck beträgt 1 m. Eine Reinigung der Filter wird je nach der grösseren oder geringeren Geschwindigkeit in 20—30 Tagen erforderlich und durch Abtragung der 1—1½ cm dicken, stark verschlammten, obersten Sandschicht bewirkt. Erneuert wird das Filter erst, wenn der Sand bis auf 35 cm abgetragen ist. Die Reinigung des Lüfters erfolgt immer erst in grösseren Zwischenräumen und zwar durch Spülung.

Statt der Coaksstücke verwendet man in der letzten Zeit auch Mauersteine, wodurch sich die Wirkung des Lüfters um 50 Proc. verbessert haben soll. Bei den auf der Kieler Anlage von Pippig angestellten Versuchen wurde eine bessere Wirkung des Lüfters nicht erzielt.

Referent führt nun die Einführung des Piefke'schen Verfahrens an verschiedenen Orten und seine gute Wirksamkeit an und behandelt weiterhin 2 Fragen, nämlich einmal, ob das Grundwasser durch eine derartige Behandlung eine Beeinträchtigung seiner Infectionsfreiheit und Unverdächtigkeit erfährt und ob die gleichmässige Temperatur nicht leidet. Was letzteres anbetrifft, so betrug die grösste Veränderung, die die Temperatur erfuhr, bisher 1° C, und zwar bei einer Aussentemperatur von 20° C;

meist war aber nur eine Aenderung um wenige Zehntelgrade vorhanden. Der Keimgehalt des Wassers der Kieler Enteisenungsanlage beim Passiren des Lüfters weist eine geringe Zunahme, bei der Filtration dann wieder eine Verminderung desselben auf. Im Leitungswasser wurden bei 85 Untersuchungen im vorigen Jahr im Mittel 119, höchstens 280 und mindestens 10 Keime im Cubikcentimeter gefunden, also im Ganzen ein recht niedriger Keimgehalt.

Referent bespricht unter Hinweis auf eine grössere Zahl von Karten und Modellen mehrere sehr einfache Verfahren zur Enteisenung von Einzelbrunnen und kommt dann zu seiner letzten These, die wie folgt lautet:

6. These: «Nachdem jetzt auch für die Einzelversorgung die Enteisenung in einfacher und billiger Weise zu erreichen ist, kann die Einführung derselben in die Praxis für alle Gegenden, in denen man sich bisher wegen Eisens im Grundwasser mit oft sehr schlechtem Oberflächenwasser hat behelfen müssen, im Interesse der Volkswohlfahrt nicht warm genug befürwortet werden.»

An den Vortrag schloss sich eine lebhafte Discussion an. An derselben betheiligten sich die Herren Meyer-Hamburg, E. Grahn und Jäger-Stuttgart. Die ersteren führen zu Gunsten der Wasserversorgung durch Oberflächenwasser an, dass viele Städte vollkommen ausreichend und gut mit demselben versorgt sind, und dass das Grundwasser auch seine Nachtheile — Kosten, Unsicherheit der Auffindung, Härte — habe und sprechen sich besonders gegen die Gutheissung der aufgestellten Thesen seitens der Versammlung aus. Jaeger-Stuttgart bespricht mit einigen Worten die Wasserversorgung der Stadt Stuttgart. Nach einer Entgegung des Herrn Baurath Thiem und einem Schlusswort des Herrn Prof. Fischer nimmt der Verein auf Antrag des Herrn Oberingenieur Andreas Meyer nach einer Abstimmung folgende Resolution an: Die Versammlung nimmt von den lehrreichen Vorträgen der Herren Referenten dankend Kenntniss, sieht jedoch zur Zeit von der Erörterung der Schlusssätze ab, um weitere Erfahrungen abzuwarten

## II. Errichtung von Heimstätten für Wöchnerinnen.

Referent: Dr. H. B. Brennecke-Magdeburg.

An der Hand der Statistik erörtert Referent zunächst die zur Zeit in Deutschland herrschenden puerperalen Mortalitätsverhältnisse. Es müsste anerkannt werden, dass die Sterblichkeit im Kindbett während der letzten 20 Jahre und besonders während der letzten 10 Jahre Dank der Antiseptik erheblich nachgelassen habe, doch sei das errungene Resultat einer Mortalität von 0,5 bis 0,6 Proc. der Wöchnerinnen noch weit entfernt, befriedigend genannt werden zu können. Das bewiesen die ungleich besseren Resultate, die in den öffentlichen Entbindungsanstalten erzielt würden, die uns zu der Hoffnung berechtigten, dass es gelingen werde, die Sterblichkeit auf die Hälfte des bisherigen Procentsatzes herabzumindern. Als Ursache der bedauernswerthen Rückständigkeit der Geburtshilfe in privaten Verhältnissen gegenüber der Geburtshilfe in den öffentlichen Anstalten kennzeichnet Redner eine Reihe unverkennbarer Mängel und Schwächen unseres heutigen Hebammenwesens. Zu gering seien die Anforderungen, die an die geistige und moralische Qualification der Hebammenschülerinnen gestellt würden, und weiterhin sei die pecuniäre Lage der meisten Hebammen eine so überaus dürftige, dass dieselben beständig mit der Noth kämpfend den geburtshilflichen Beruf nur als Nebenerwerb betrachten, ihm also nur mit halber Kraft obliegen könnten. Dazu komme als ein weiterer, schwerwiegender Missstand das Uebermaass an Freiheit und Selbständigkeit, welches in Ausübung der Praxis dem unreifen und geburtshilflich doch stets unmündigen Hebammenstande bei der bisherigen Organisation der Geburtshilfe eingeräumt worden sei. Die Beaufsichtigung der Hebammen stehe dem Kreisphysikus allein zu. Unmöglich könne er aber die 40—50 Hebammen seines Bezirkes, welche zum grössten Theil weit von ihm entfernt wohnten, eingehend überwachen. Redner weist dem gegenüber auf die in Mecklenburg getroffene zweckmässige Einrichtung hin, dass je 4 bis 5 Hebammen einem sogenannten Aufsichtsarzte unterstellt worden sind. Eine durchgreifende Reform des Hebammenwesens in der Richtung einer peinlichen Auswahl, einer höheren Vor- und gründlicheren Durchbildung der Schülerinnen, einer Sicherung der pecuniären Lage der Hebammen unter Aufhebung der Freizügigkeit derselben, einer genossenschaftlichen Organisation und einer engen Angliederung des Hebammenstandes an den ärztlichen Stand — eine solch durchgreifende Reform des Hebammenwesens sei dringend geboten und würde zweifellos nicht ohne günstige Rückwirkung auf den häuslichen Betrieb der Geburtshilfe bleiben können. Doch müsse mit aller Entschiedenheit betont werden, dass von einer Reform des Hebammenwesens allein nicht das Heil für die Geburts- und Wochenbetthygiene erwartet werden könne. Die Letztere schliesse das Hebammenwesen wohl in sich, habe aber ausserdem noch mit anderen namhaften Factoren zu rechnen. So vor allem auch mit dem ärztlichen Antheil am häuslichen Betrieb der Geburtshilfe. Die Mortalität der operativ entbundenen Frauen stelle sich in den Privathäusern 5 mal so ungünstig als in den Entbindungsanstalten (0,45 Proc. zu 2,2 Proc.) hieran trage gewiss die unzureichende geburtshilfliche, praktische Vorbildung, wie sie den jungen Aerzten auf der Universität nun einmal nicht anders geboten werden könne, einen nicht geringen Theil der Schuld.

Es würde indess ein Fehler sein, wollte man den Werth unserer heutigen geburtshilflichen Ordnung nur an dem Maassstab der puerperalen Mortalität messen. Auch die puerperale Morbidität verlange Berücksichtigung. Freilich lasse die Statistik hier völlig im Stich. Doch sei es eine den Aerzten und auch aufmerksamen Laien wohlbekannte Thatsache, dass eine Fülle von Frauenkrankheiten aller Art, Elend und Siechthum gerade aus dem Wochenbett sich nachschleppe. Und das um so sicherer, je weniger die Wöchnerin sich Schonung, Ruhe und Pflege im Wochenbett könne zu Theil werden lassen. Die überwiegende Mehrzahl aller Wöchnerinnen in den ärmeren Bevölkerungsschichten sei aber durch die Noth geradezu gezwungen, sich über die einfachsten Forderungen der Wochenbettshygiene hinwegzusetzen und ihren noch dringend schonungsbedürftigen Körper vor der Zeit zur Arbeit zu schleppen. Gegen solche Missstände würden Aerzte und Hebammen allein immer vergebens ankämpfen. Auch die freiwillige Liebesarbeit von Frauenvereinen bemühe sich vergebens, die hier klaffende Lücke genügend auszufüllen. Nicht Sache der Wohlthätigkeit könne es sein — es müsse endlich als eine sociale Pflicht erkannt werden, diese schreienden Missstände der Wochenbettspflege zu beseitigen. Die heutige geburtshilfliche Organisation — wenn man sie im Ganzen überschaue — sei allenfalls befriedigend für die Bedürfnisse der wirthschaftlich Starken, für die wirthschaftlich Schwachen sei auf das Dürftigste gesorgt. «Unsere heutige geburtshilfliche Ordnung zeigt die unseligen Consequenzen des auf das Gebiet der Hygiene übertragenen Princips des freien Wettbewerbs der Kräfte! Unter dem Einfluss dieses Princips wurde die Geburtshilfe zum Gewerbe erniedrigt, den Hebammen die Freizügigkeit gewährt und so ein zügelloser Concurrenzkampf eröffnet zum Unheil der Schwachen unter dem geburtshilflichen Personal sowohl, wie der Schwachen im hilfsbedürftigen Volke. So haben wir es auf geburts- und wochenbettshygienischem Gebiete erleben müssen, dass in dem wechselnden egoistischen Interessenkampfe eine fortschreitende Isolirung und Zersplitterung der geburtshilflichen Kräfte stattgefunden hat — eine Zersplitterung eben jener Kräfte, die durch die gemeinsamen Ideale der Geburts- und Wochenbettshygiene zu zielbewusster Arbeit auf das Engste aneinander gekettet sein sollten.

Aerzte, Hebammen und Wochenpflegerinnen arbeiten nicht mit-, sondern nur gar zu oft gegen einander! Und in eben dieser Zersplitterung und Isolirung der geburtshilflichen Kräfte, in dem Mangel eines gesunden Solidaritätsbewusstseins liegt der Kernschaden und der wesentlichste Grund der Schwäche unserer heutigen geburtshilflichen Ordnung begründet. Wir haben wohl an der Geburts- und Wochenbettshygiene arbeitende Organe mit tausend und abertausend Einzelkräften, wir haben aber keinen geburts- und wochenbettshygienischen Organismus, dessen Einzelorgane und Einzelkräfte — Aerzte, Hebammen, Wochenpflegerinnen, Frauenvereine und Kreis- oder Communal-Verwaltung — in klarer organischer Gliederung und in bewusster Zusammengehörigkeit freudig mit und für einander arbeiten. Erkenne man aber die Pflicht an, einen solchen Organismus zu schaffen, so müsse demselben vor Allem ein lebendig pulsirendes Herz gegeben werden, um welches sich alle Einzelorgane der Geburts- und Wochenbettshygiene gruppiren, von welchem aus aber auch nach allen Richtungen hin beständig neue Kraft und Anregung ausströme. Die «Heimstätten für Wöchnerinnen» seien es, die solcher Anforderung in jeder Weise entsprächen.

Redner führt nun eingehend aus, dass die Heimstätten für Wöchnerinnen (in genügender Zahl und Ausrüstung von den Kreis- und Communalverbänden in's Leben gerufen und unterhalten) nicht nur direct den Missständen in der Geburtshilfe und Wochenpflege breiter Bevölkerungsschichten abhelfen — dass sie auch indirect durch Beeinflussung und organische Angliederung des Hebammen- und Wochenpflegerinnenwesens, sowie durch Aufbesserung der ärztlich-geburtshilflichen Leistungen die Geburts- und Wochenbettshygiene in jeder Weise heben und fördern würden; daneben eröffne sich ein weites Feld für so viele wohlorganisirte Frauenvereine. Ihrer Sorge und Obhut werde die verlassene Familie der Kreissenden und Wöchnerinnen anzuvertrauen sein. Mit Anstellung von Familienpflegerinnen, mit Volksküchen, Kinderbewahranstalten, Kinderkrippen und in sonst geeigneter Weise würden sie helfend einzugreifen haben. Es dürfte sich empfehlen, angesichts dessen der Frage ernstlich näher zu treten, ob es zweckmässig sei, der Mitarbeit der Frauen auf dem Gebiete der Geburts- und Wochenbettshygiene wie bisher ausschliesslich den Charakter freier Liebesthätigkeit zu belassen, ob es nicht richtiger sei, sie zu einer gesetzlich geregelten Pflicht zu erheben. Alle diese sich an die «Heimstätten für Wöchnerinnen» anknüpfenden Hoffnungen und Erwartungen würden aber nur dann sich erfüllen können, wenn man die Wöchnerinnenheime als öffentliche Entbindungsanstalten, nicht aber wenn man sie als Reconvalescentenheime für bereits entbundene, nur noch der Pflege bedürftige Wöchnerinnen in's Leben treten lasse. Redner bekämpft den letzteren Gedanken als einen durchaus unzweckmässigen und mindestens verfrühten.

Wie man auf dem Gebiete der inneren Medicin und der Chirurgie in erster Linie Krankenhäuser und erst weit später Reconvalescentenheime zur Entlastung der ersteren schuf, so habe man auf geburtshilflichem Gebiete zunächst und vor allem öffentliche Entbindungsanstalten zum Schutz der Kreissenden und Wöchnerinnen zu schaffen. Ob jemals Reconvalescentenheime nur für Wöchnerinnen nothwendig sein würden, möge man getrost einer ferneren Zukunft überlassen. Wolle man aber die Heimstätten für Wöchnerinnen sich zu dem entwickeln lassen, wozu sie zweifellos bestimmt sind, wolle man sie zu Centren der gesammten Geburts- und Wochenbettshygiene heranwachsen lassen, so müsse man sie auch von vornherein als selbständige Gebilde in's Leben rufen — man dürfe sie nicht etwa als eine untergeordnete Abtheilung den communalen Krankenhäusern angliedern wollen. Das würde ihnen von vornherein den Todesstoss versetzen und ihre freie Entwicklung in der empfindlichsten Weise schädigen.

Unter Hinweis auf die enormen Schädigungen, die dem Nationalwohlstand bei der heutigen mangelhaften Organisation der Geburts- und Wochenbettshygiene aus der Fülle vermeidbarer Todesfälle im Kindbett und vermeidbarer Krankheiten und Siechthums nach dem Wochenbett erwachsen, hält Redner die Begründung der «Heimstätten für Wöchnerinnen» auch vom national-ökonomischen Standpunkte aus für dringend geboten. Die Aufwendungen, die für die Geburts- und Wochenbettshygiene gefordert werden müssen, gleichen, national-ökonomisch betrachtet, einem Capital, das in der vortheilhaftesten Weise zinstragend angelegt wird. «Es ist ein Schatz ohne Gleichen, der hier mit verhältnissmässig geringen Mitteln gehoben werden kann — ein Schatz, der aber nimmermehr in seinem ganzen Umfang gehoben werden wird, solange Provinzial-, Kreis- und Communalverbände als relativ müssige Zuschauer dabei stehen und wähnen, die Riesenarbeit der Geburts- und Wochenbettshygiene einem dürftig geschulten und noch dürftiger honorirten geburtshilflichen Personal allein überlassen zu dürfen.» Wohl weiss ich, so schliesst der Redner, dass wir die Welt nicht im Sturme erobern können, und dass es ein weiter Weg ist, der vor uns liegt. Ich weiss aber auch, dass unser Programm, auf dem festen Fundament der Wahrheit und der Liebe aufgebaut, hochragend auf einem Felsen steht, gegen den alle auch in der Geburts- und Wochenbettshygiene wühlenden Mächte kleinlicher Sonderinteressen auf die Dauer vergebens ankämpfen werden.

Nach einer lebhaften Zustimmung der Versammlung berichtete Herr San.-Rath Dr. Bayer-Köln im Anschluss an den Vortrag über eine Statistik der Familienmitglieder und Wohnungsverhältnisse in Köln und schilderte die Bestrebungen auf dem Gebiete der Geburts- und Wochenbettshygiene daselbst, bei welchen die dortige Armenverwaltung und der Frauenverein in segensreicher Weise Hand in Hand gingen.

Nachmittags fand eine Besichtigung der kaiserlichen Werft in Gaarden und der Yacht seiner Majestät des Kaisers «Hohenzollern», statt. Der erste Sitzungstag fand darauf einen würdigen Abschluss durch ein Festessen im Hauptrestaurant der «Ausstellung der Provinz Schleswig-Holstein, verbunden mit Sonderausstellungen und einer internationalen Schifffahrtsausstellung».

(Fortsetzung folgt.)

---

## Der III. internationale dermatologische Congress zu London vom 4. bis 8. August 1896.

(Officielles Referat, angefertigt für die Vereinigung der deutschen medicinischen Fachpresse von L. Elkind, M. D., London.)

(Fortsetzung)

### Discussion über syphilitische Reinfection.

Da Fournier (Paris) abwesend war, so leiteten **A. Cooper** und **E. Cotterell** die Discussion über dieses Thema ein. Zunächst wollen die Vortragenden beweisen, dass zwar die erste Infection mit syphilitischem Virus in dem inficirten Individuum die Immunität gegen weitere Infection mit demselben Virus herstellt, gleichwohl aber eine Reinfection mit Syphilis, wenn auch ein seltenes Ereigniss, doch keineswegs ausgeschlossen ist. Dasselbe gilt von der sog. congenitalen Syphilis; auch hier ist das Individuum vor einer weiteren Infection geschützt, aber auch hier wiederum zeigen sich Abweichungen von der eben erwähnten Regel. Grosse Vorsicht, meinen die Autoren, müsse in Bezug auf diejenigen Fälle geübt werden, die gewöhnlich als syphilitische Manifestationen secundärer Natur aufgefasst werden. Aus dem Umstande, dass eine vernünftig und regelrecht ausgeführte Hg-Behandlung die Syphilis vollständig zum Heilen bringt, wollen die Autoren noch einen Beweis für die Möglichkeit der Reinfection ziehen. Ricord soll die Möglichkeit der Reinfection nicht in Abrede gestellt haben. Einer der Redner (Cotterell) hat viele Fälle gesammelt, in denen eine wirkliche Reinfection angeblich nachgewiesen war. Nicht durch bestimmte Symptome, wohl aber durch ein streng localisirtes, hartes Geschwür ist die Reinfection charakterisirt. Dass die Syphilis, wie er nebenbei bemerkt, das Zustandekommen anderer Infectionen nicht ausschliesst, beweist der von Hutchinson berichtete Fall, in dem Syphilis und Variola zu gleicher Zeit zum Ausbruche gelangten.

**H. Fitz Gibbon** (Dublin). Wie alle anderen Erkrankungen, die von universellen Exanthemen begleitet sind, ein specifisches Fieber erzeugen, so lässt sich auch dasselbe von der Syphilis sagen, die, wenn keine Complicationen sich einstellen, einen zeitlich wohl begrenzten Verlauf beobachtet. Gleich anderen Infectionskrankheiten, wie z. B. Variola, Kuhpocken etc., folgt auf das erste Stadium eine Periode, während welcher das inficirte Individuum einer Reinfection unzugänglich ist, und während welcher wiederum diejenigen Elemente des Körpers, die das syphilitische Virus sozusagen aufnahmen, entweder ganz zu Grunde gehen, oder grosse Widerstandsfähigkeit gewinnen. Wie alle anderen exanthematischen Erkrankungen der Rückbildung vollständig fähig sind, so gilt dasselbe von der Syphilis, nur ist hier der Process langwieriger, zu Stillständen und Wiederausbrüchen geneigt. In der grösseren Majorität der syphilitisch inficirten Individuen ist vollständige Heilung die Regel, dafür liegen zahlreiche Erfahrungen und Beweise vor. Man kann im Allgemeinen sagen, dass nach einer fünfjährigen Periode die Krankheit vollständig ausheilt und dass auch nach dieser Zeit die Immunität sich verlieren kann. Die Reinfection, meint F., erfolge eher auf dem Wege der Einimpfung von syphilitischem Virus und rein septischen Ursprunges, als bei gewöhnlichem Contact mit reinem syphilitischen Gifte. Dafür sprechen die gesammelten Erfahrungen, dass, wenn eine secundäre Infection mit dem in Rede stehenden Virus zu Stande kommt, die Krankheit einen viel schwereren Verlauf, als es sonst der Fall ist, annimmt. Hierher erwähnt der Vortragende einen Fall aus seiner eigenen Beobachtung und die von Taylor aus New-York

beschriebenen Fälle, von denen zwei, wie Taylor sich ausdrückt, «ganz schnell» mit dem Tode endeten.

**Wickham** (Paris) bezieht sich auf Fournier, der noch nie bis jetzt in seiner langjährigen und ausgedehnten Praxis einen unzweifelhaften Fall von Reinfection beobachtet hatte. Namentlich lässt sich das am besten an Kranken vom Hôpital St. Louis verfolgen. An der Abtheilung, die unter Fournier's Leitung steht, wird schon seit über 20 Jahren in der Weise verfahren, dass jeder syphilitische Kranke in eine bestimmte Rubrik der Krankenbücher eingetragen wird und jedes Mal bei seiner Repräsentation von Neuem Notizen gemacht werden. Diese Krankengeschichten also, die als zuverlässig erachtet werden dürfen, weisen keinen einzigen Fall von Reinfection auf.

**Hutchinson** verweist darauf, dass es sich vornehmlich um die Frage dreht, ob Reinfection überhaupt möglich ist, nicht etwa, ob ein Individuum zwei vollständige Attacken von Syphilis erfahren könne. Hier müssen die Erfahrungen entscheiden. H. selbst hat während seiner vierzigjährigen Praxis viele hierhergehörige unzweifelhafte Fälle gesehen. Man müsse einen Unterschied zwischen Spital- und Privatpraxis machen. Patienten aus der Privatpraxis lassen sich sehr lange hindurch verfolgen und beobachten, während das bei Spitalpatienten nicht der Fall ist. Er kritisirt Petrini de Galatz Skepticismus und meint, dass die Fälle von Fitz Gibbon und Ogilvie viel beweisendes für sich haben.

**Grünfelt** (Wien) meint, dass, so lange eine secundäre Infection auf dem Wege des Experimentes nicht nachgewiesen worden ist, auch die Möglichkeit einer Reinfection wird bezweifelt werden müssen.

**Ernest Lane** (London): **Die Behandlung der Syphilis mittels intravenöser Mercur-Injectionen.**

Baccelli hatte diese Behandlungsmethode im Jahre 1893 empfohlen. Seitdem wurde dieselbe von verschiedenen Autoren geprüft. Um dieser Methode genügend Kenntniss und Erfahrung abzugewinnen, hatte sie Lane während der letzten 9 Monate bei syphilitischen Patienten, die das London Lock Hospital aufsuchten, angewendet. Diese Behandlungsmethode, so bemerkt L., kann unzweifelhaft mit allen bis jetzt in der Syphilis zur Behandlung bewährten Methoden — z. B. Inunctionen, intramusculären Injectionen, interner Verabreichung — wohl wetteifern; der Vortheil aber der intravenösen Injectionen geht allen übrigen ab, nämlich dass die Patienten dadurch sehr schnell dem Einflusse des Mercurs ausgesetzt werden. Die Technik der Methode, der er sich bedient, ist kurz folgende: Eine Ligatur wird rings um den Vorderarm gelegt; die Injectionsnadel wird dann sofort in eine der meist hervortretenden Venen in der Nähe des Ellenbogengelenkes eingeführt. In diesem Moment wird die Ligatur entfernt und die Injection ausgeführt. Nach Entfernung der Nadel wird die Punctionsstelle für einige Minuten mit dem Finger zugedrückt; eine vorhergehende gewöhnliche antiseptische Reinigung des Operationsfeldes ist rathsam. Es sei nicht nothwendig, für Ausführung der Injection einige Blutstropfen aus den angestochenen Venen emporquellen zu lassen, da durch das Hin- und Herbewegen der Nadel beurtheilt werden kann, ob die letztere in das Lumen der Gefässe eingedrungen ist oder nicht. Ferner haben wir an der dem Act der Injection folgenden Schwellung, Schmerzen etc. einen guten Anhaltspunkt zu erkennen, ob die Injection in die Venen hinein oder in das benachbarte Gewebe gemacht worden ist, da nur im letzteren Falle solche Erscheinungen aufzutreten pflegen. In die Vena mediana basilica wurde für gewöhnlich injicirt; weder eine Thrombose, noch irgend welche Alteration der Gefässwandung wurde beobachtet. Die Methode wurde ausschliesslich an weiblichen Patienten geübt. Ihre Zahl betrug 76 und die ausgeführten Injectionen belaufen sich auf über 1000. Von Complicationen erwähnt L. Polyurie und eine sehr leichte Albuminurie, die bei einigen Patienten unmittelbar nach der ersten resp. zweiten Injection auftraten. Eine besondere, resp. eine unterbrechende Behandlung erforderten sie nicht, weil sie sich von selbst bald wieder verloren. Eine andere Erscheinung, über welche die Patienten klagten, war metallischer Mundgeschmack, der sich gleich nach der Injection einstellte. Die Kranken, die L. auf die eben geschilderte Weise behandelte, befanden sich, wie wir uns aus den herumgereichten Listen überzeugen konnten, in allen möglichen Stadien und zeigten alle möglichen syphilitischen Erkrankungsformen.

**Justus** (Budapest) hat in den letzten 2 Jahren circa 70 Kranke mit Injectionen von Sublimat behandelt; die angewandten Dosen variirten zwischen $^1/_2$ und 20 mg. Die Resultate waren keineswegs ermuthigend. Lang fortgesetzte Behandlung hatte kaum sichtbaren Einfluss auf die vorhandenen Symptome. Dagegen war es späterhin nicht mehr möglich, eine Vene zu finden, die noch nicht obliterirt war und ganz oberflächlich verlief. Eiweiss im Urin war nach den Injectionen nicht zu finden. Dagegen war in den folgenden 24 Stunden der Urobilin-Gehalt bedeutend vermehrt.

**Blaschko** (Berlin) hält noch jetzt fest an den von ihm vor 2 Jahren auf der Naturforscher-Versammlung in Wien gemachten Bemerkungen, dass diese Methode praktisch wenig brauchbar ist wegen des Umstandes, dass die Venen allmählich durch Phlebitis oder wandständige Trombose veröden. Nach 10 bis 12 Injectionen findet man oft keine Venen mehr, in welche man Injectionen machen kann. —

**Augustus Ravogli** (Cincinnati-Ohio U. S. A.) macht mit Recht darauf aufmerksam, dass gerade bei Syphilis jeder Fall individuell behandelt werden soll. R. hat ferner Recht, wenn er sich ausdrückt, dass er keinen Grund einsehe, warum bei anaemischen und hysterischen weiblichen Individuen durch etwaige zahlreiche Injectionen die bereits vorhandenen nervösen Erscheinungen gesteigert werden sollen. Nachdem schon 6 bis 8 intramusculäre Injectionen günstige Resultate geben, liege für ihn doch kein Grund vor, die intravenöse Methode anzuwenden, die ungefähr 40 Injectionen erfordert.

**Feibes** (Aachen) empfiehlt für rasches Eingreifen, wenn erforderlich, die Calomel-Injectionen, die nach seiner Meinung viel energischer und rascher wirken und desswegen zuverlässiger sind, als die eben von Lane vorgetragene Methode. Ist die Wirkung erzielt, so sind Einreibungen am Platze.

**Jullien** weist auf die Schwierigkeit dieser Methode hin, speciell bei Frauen, wo man die Haut-Venen nicht leicht findet.

**Feibes** (Aachen): **Ueber eine längere Zeit hindurch fortgesetzte Mercurbehandlung.** Idiosyncrasie gegen Mercur kommt allerdings vor, ist aber im Ganzen genommen ausserordentlich selten. Dasselbe gilt von der sogenannten mercuriellen Polyneuritis. Welches sind die Grundbedingungen, um für längere Zeit eine Mercurbehandlung fortsetzen zu dürfen? Lungen und Nieren müssen sich in einem normalen Zustande befinden. Es ist ferner rathsam, das Körpergewicht des Patienten etwa 2 mal wöchentlich zu controliren. Gewichtsverlust würde eine Contraindication gegen die Fortsetzung der Behandlung angeben. Blutuntersuchungen müssen von Zeit zu Zeit ausgeführt werden. Auch hier würde eine Alteration der Blutbestandtheile die weitere Mercurbehandlung contraindiciren. Auch bei den syphilitischen Augenaffectionen hat sich die lange Zeit fortgesetzte Mercurbehandlung als vortheilhaft erwiesen (Alexander). Von Gehirnaffectionen würden Meningitis und Meningo-Encephalitis — F. hatte einen hierher gehörigen Fall durch 3 Monate fortgesetzte Mercur-Verabreichung erfolgreich behandelt — für diese Behandlung in Betracht kommen. Auch für die sogenannte Erb'sche syphilitische Spinal-Paralyse empfiehlt sich diese Behandlungs-Methode. Mercureinreibungen eignen sich am besten für diese Medication.

(Fortsetzung folgt.)

---

## Wiener Briefe.

**(Originalbericht.)**

Wien, 12. September 1896.

**Erfolge der Serumtherapie bei der Diphtherie. — Die gesetzliche Regelung des Hypnotismus in Oesterreich.**

Das «staatliche Institut für die Herstellung von Diphtherie-Heilserum in Wien» hat jüngst seinen I. Bericht nach der von demselben eingeleiteten Sammelforschung publicirt. Die Anstalt begann am 1. Juli 1895 ihre Thätigkeit mit der (käuflichen) Abgabe ihres Serums und konnte bis Ende 1895 schon 7136 Fläschchen oder Dosen verabfolgen. Von Januar bis Ende Juni

l. Js. wurden weitere 9811 Fläschchen abgegeben, meist zu 1000 Antitoxin-Einheiten.

Die Anstalt gibt portofreie Correspondenzkarten aus, die über die behandelten Fälle Bericht erstatten sollen. Bis 15. April l. Js. liefen 1100 derlei Karten ein, welche Professor Paltauf sichtete und aus welchen er zu folgenden Daten gelangt:

Die Karten berichteten über 1103 curativ und über 148 präventiv behandelte Falle. Von den 1103 Erkrankten sind 970 genesen und 133 oder 12,5 Proc. gestorben; bei 68 der Verstorbenen war der Tod innerhalb 24 Stunden nach der Injection eingetreten; würde man diese, weil sich bei ihnen die Serumwirkung nicht voll entfalten konnte, abrechnen, so blieben 1035 Behandelte mit 68 Todesfällen oder 5,3 Proc.

Der wesentlich günstige Einfluss der frühzeitigen Serumtherapie wird auch in diesem Berichte statistisch und in tabellarischer Darstellung ausgeführt. Bei Anwendung des Serums nach dem 1. und 2. Tage der Erkrankung betrug die Sterblichkeit im Kaiser Franz Joseph-Spitale in Wien bloss 6,7 Proc., nach dem 3. Tage schon 19, nach dem 4. Tage 23, nach dem 5. Tage 31, nach dem 6. Tage 33,3 Proc. Die Ziffern der Sammelforschung Wien stellen sich in adaequater Weise: 7,1, 9,8, 25,5, 28,8, 30,7, nach dem 5. bis 6. Tage 21,0, unbekannt 31,8 Proc. Laryngeal-Erscheinungen wurden nach den Injectionen verhältnissmässig nur wenige beobachtet (in 755 Fällen nur 12 mal oder 1,6 Proc.) und schwanden bald, wie in einigen Karten ausdrücklich vermerkt ist. 348 Fälle, d. i. 31,5 Proc., zeigten bereits vor der Injection des Serums Laryngeal-Erscheinungen; von denselben sind 109 oder 31,2 Proc. gestorben. Operationen wurden nur 20 ausgeführt, 6 Intubationen, 3 Intubationen mit nachfolgender Tracheotomie, 11 Tracheotomien (von welchen 6 genasen). Die häufige Rückbildung schon bestehender Larynxaffectionen bildet eines der hervorragendsten klinischen Symptome, welche von einer specifischen Serumwirkung zu sprechen berechtigen.

Ferner wurde in fast 75 Proc. der Fälle nach der Injection ein Sinken der Temperatur beobachtet, worin ein weiteres Zeichen der eingetretenen Wirkung, einer Art Reaction, erblickt wird. In 81 Proc. der Fälle wird der baldige Eintritt von Euphorie constatirt (nach 24 Stunden ist in 118 Fällen das Befinden «ausgezeichnet», «sehr gut», «vorzüglich», oder «eclatante Wirkung» u. dergl. In 483 Fällen geht es «besser», «auffallend gut» oder «gut»).

Die Genesung trat in 2—4 Tagen in 386 Fällen, in 4—6 Tagen in 268, in 6—10 Tagen in 219, nach mehr als 10 Tagen in 94 Fällen ein, 3 Karten hatten keine nähere Angabe. Recidive sind zweimal vermerkt. Immunisirt waren zwei Kinder gewesen, beide Male verlief die Erkrankung leicht.

Ueber Präventivimpfungen berichten 68 Karten. Sie betreffen 148 Fälle, 8 Erwachsene und 140 Kinder; 122 blieben in der Umgebung der Kranken, 23 ausserhalb, aber wohl zumeist im selben Hause, von 3 fehlen Angaben. Von denselben blieben gesund eine Woche 49, 2 Wochen 19, 3—6 Wochen 58. Erkrankt sind 10 und zwar sämmtliche in der 1. Woche, zumeist wieder leicht.

Der Berichterstatter verwerthet sodann noch mehrere ihm zugegangene Detailberichte einzelner Aerzte oder Bezirkshauptmannschaften und schliesst mit folgenden Worten: «Ziehen wir die Gesammtsumme dieser Fälle und der Kartenberichte, so wären 1217 Behandelte mit 138 oder 11,3 Proc. Todesfällen und 318 präventiv Geimpfte mit 20 oder 0,6 Proc. meist leichten, durchwegs geheilten Erkrankungen.» (Hier ist ein Druck- oder Rechnungsfehler unterlaufen, denn 20 von 318 präventiv Geimpften würde nicht 0,6, sondern 6,3 Proc. Mortalität ergeben.)

Der Oberste Sanitätsrath hat vor Kurzem ein Gutachten über die gesetzliche Regelung des Hypnotismus in Oesterreich erstattet. Als Referent fungirte Prof. v. Krafft-Ebing. Mit Hinweglassung der geschichtlichen Darstellung dieser Frage erwähne ich, dass der genannte Psychiater die heilärztliche Anwendung des Hypnotismus unbedingt zulässt. Wohl beherrscht derzeit mancher Arzt bloss de jure, nicht aber de facto das Gebiet der Hypnose; da aber die Psychiatrie bei uns bald obligater Prüfungsgegenstand werden dürfte, kann schon derzeit von diesem Mangel abgesehen werden.

Eine bezügliche besondere (staatliche) Controle der Aerzte erscheint dem Referenten ganz überflüssig, da sie eine ganz zwecklose Belästigung der Aerzte, Sanitäts- und Polizeibehörden, endlose Vielschreibereien herbeiführen, und an Orten, wie Wien z. B., die Creïrung eines eigenen sanitätspolizeilichen Bureau's ad hoc nöthig machen würde. Die Gefahr der posthypnotischen Suggestion zu unmoralischen resp. verbrecherischen Handlungen ist in der Erfahrung nicht begründet; da wo man sie vorhanden glaubte, (Process Bompard-Eyraud in Paris und Process Cynski in München), erwies die Gerichtsverhandlung ihr Nichtvorhandensein. Zudem handelte es sich um angebliche Hypnose durch Nichtärzte. Eine zweite Gefahr besteht darin, dass ein verbrecherischer Arzt ein hypnotisirtes weibliches Individuum zur Erduldung von Beischlaf und anderen sexuellen Delicten missbrauchen könnte. Diese Gefahr besteht thatsächlich, da derlei Fälle auch schon in den Annalen der Justiz verzeichnet sind, sie besteht aber auch anlässlich der Chloroformirung, des Ohnmächtigwerdens etc. und findet ihre strenge Ahndung in unserem Strafgesetze. Ueberdies wird Aufhebung des Bewusstseins (Lethargie, Somnabulismus) nur ausnahmsweise durch hypnotische Beeinflussung erzielt. Die neuestens auch in Ungarn getroffene Verfügung der jedesmaligen Zuziehung eines Zeugen zur Hypnose, verstösst gegen das vertrauliche Verhältniss, in welchem der Arzt einem Clienten gegenüber sich befindet, ein Verhältniss, das vielfach dem eines Beichtvaters einem Beichtkinde gegenüber gleichkommt. Gerade der hypnotischen Behandlung fallen sehr delicate Angelegenheiten der Clienten zu, z. B. die Befreiung eines jungen Mädchens von Onanie durch Suggestivbehandlung, die gleichwohl der einzige Weg zur Erlösung von solchem Uebel sein kann. In solchen und gar vielen anderen Fällen wäre nur eine taube Person als Zeuge zu verwerthen. Solche Angelegenheiten sollten dem Tacte des Arztes überlassen werden.

Zum Schlusse bespricht Hofrath Krafft-Ebing die Anwendung der Hypnose in profanen (Laien-) Händen, als Sport oder als Heilversuch seitens Laien (dagegen § 343 St.-G., sowie das Hofkanzleidecret vom Jahre 1845), sodann die Hypnose als Gewerbe durch sog. Somnambulen, und zwar wirklich in solchen Zustand versetzte, oder (häufiger!) ihn nur vortäuschende. Wissenschaftlich kann für letztere Fälle nur die Forderung erhoben werden, dass, wo immer solche Somnambulen auftreten und Clienten anlocken, die Polizei ihnen das Handwerk legt. Sucht ein Arzt Erwerb im Verband mit einer solchen Somnambule (Process Dr. Gratzinger-Frau Schaffwrik, Wien 1894), so ist es Sache der Aerztekammer, ihm derlei Schwindel und unlauteren Erwerb unmöglich zu machen.

Zu den gefährlichen Anwendungen des Hypnotismus gehören öffentliche Schaustellungen durch ambulante Hypnotiseure (Hansen), da sie, um Erfolge zu erzielen, rücksichtslos, ja gefährlich gegen ihre Medien vorgehen und massenhaft Imitation und Sport züchten. Die gleiche Gefahr erwächst durch Amateure in Privatcirkeln. Dagegen wären neuerlich polizeiliche Weisungen zu erlassen und hätte der Grundsatz zu gelten, dass unter allen Umständen derartige hypnotische Versammlungen oder gar Schaustellungen nicht zu gestatten, bezw. zu inhibiren sind. Da wissenschaftliche Untersuchungen auf dem Gebiete des Hypnotismus, nur wenn von Fachmännern und in Kliniken angestellt, gefahrlos und von Nutzen sein können, wäre ausserhalb dieser Bedingungen keine Möglichkeit denkbar, unter welcher jene «ausnahmsweise über eingeholte Bewilligung der Landesstelle» statthaben könnten (Hofkanzleidekret 1845.)

Ich möchte nur noch beifügen, dass in letzterer Zeit in Wien, ebenfalls über Gutachten des Obersten Sanitätsrathes, ein sog. spiritistischer Verein aufgelöst wurde, indem man dessen Treiben als ein gesundheitsschädliches erklärte, «auch wenn der Verein den Hypnotismus nicht in den Bereich seiner Proceduren ziehen sollte», wie es im Gutachten lautete.

## British medical Association.

### 64. Jahresversammlung zu Carlisle, 28.—31. Juli 1896.

### V.

### Section für Gynaekologie und Geburtshilfe.

Die erste Sitzung der Section wurde eröffnet durch eine Anrede des Vorsitzenden Halliday Croom-Edinburgh. Er sprach über

die neuesten Errungenschaften auf dem Gebiete der operativen Gynaekologie, speciell über die chirurgische Behandlung des Uteruscarcinoms.

Die vaginale Hysterectomie bietet die besten und praktisch am leichtesten zu erreichenden Resultate beim Cervixkrebs, Carcinom des Corpus und Sarkom. Die Operation muss frühzeitig genug gemacht werden, d. h. solange der Uterus frei beweglich, die Anhänge noch intact und der Cervix leicht in die Vulva herabzuziehen ist. Ist dieses nicht mehr der Fall, so ist das Carcinom nicht mehr das Object einer operativen Behandlung. Alle halben und unvollkommenen Operationen sind praktisch völlig werthlos. Leider kommt die grosse Mehrzahl der Fälle zu spät in chirurgische Behandlung. In manchen Fällen septischer Erkrankung der Uterusanhänge ist die Hysterectomie ebenfalls das beste Mittel und ist das Feld der Uterusexstirpation per vaginam eigentlich auf die malignen und septischen Formen beschränkt. Für die andern Affectionen, die entzündlichen Eierstockerkrankungen, Uterinblutungen, Fibroide sind die Indicationen zur Operation zum Glück bedeutend eingeschränkt worden; hier ist, wenn operativ verfahren werden muss, die Laparotomie, die abdominale Hysterectomie angezeigt.

An diese Ausführungen schloss sich eine von Murdoch Cameron-Glasgow eingeleitete Discussion über

**Ursachen und Behandlung der Dysmenorrhoe.**

Die gewöhnlichste und praktisch wichtigste Form der Dysmenorrhoe ist die spasmodische. Zu deren Behandlung empfiehlt sich die Anwendung metallischer Dilatatoren und in den Pausen zwischen den Perioden die Einlage von Metallstiften, welche unbeschadet längere Zeit liegen bleiben können.

Christopher Martin-Birmingham bemerkt, dass die Behandlung eine verschiedene sein müsse, je nachdem die Ursache intra- oder extra-uterin gelegen sei. Im ersten Falle kann eine Endometritis, Myom etc. die Ursache sein; Ruhe ist für alle Fälle angezeigt, ebenso heisse Vaginaldouchen und bei entzündlichen Affectionen Glycerin- und Ichthyoltampons, sowie die salinischen Abführmittel. Die Anwendung von Morphium, Opium oder Alkohol verschafft zwar Erleichterung, ist aber nicht zu empfehlen; eher sind die Bromsalze angezeigt oder Suppositorien von Belladonna oder Cannabis indica, je 0,03 p. d. In neuralgischen Fällen ist Antipyrin von Nutzen; ein ausgezeichnetes Uterinsedativ ist ferner Viburnum prunifolium sowohl wie V. opulus. Die Dilatation hält er zwar für wirksam, aber Recidive bleiben nicht aus. Ist eine peritonitische Reizung die Ursache der Dysmenorrhoe, so ist die Laparotomie indicirt, Lösung eventuell vorhandener Adhaesionen, Eröffnung von ovarialen Cysten und Cauterisation derselben, Punction der Tuba Fallopii u. s. w. Bei weiter vorgeschrittenen Fällen von chronischer Salpingo-Ovaritis oder Tumoren der Anhänge bleibt als Letztes die Entfernung der Adnexa.

Inglis Parsons-London sieht in der Anteflexion eine sehr häufige Ursache der Dysmenorrhoe und empfiehlt die Dilatation.

Armand Routh-London weist auf den grossen Werth der Theerderivate zur Behandlung dieser Affectionen hin. 0,5 Phenacetin 3stündlich ist das beste Beruhigungsmittel; ähnlich wirken Nitroglycerintabletten oder ein Tropfen einer 1proc. Nitroglycerinlösung. Von grossem Werthe erachtet er ferner die Anwendung von Glycerintampons, bezw. Glyceringelatinepessaren, umsomehr, als sie eine folgende Dilatation erleichtern.

Bedford Fenwick-London geht von der Ansicht aus, dass in den meisten Fällen locale Congestionen oder Stauungen die Hauptursache sind und empfiehlt desshalb die Anwendung von Purgantien und locale Blutentziehung.

Byers-Belfast betont die Wichtigkeit der Behandlung der Dysmenorrhoe zu Grunde liegenden Ursachen, der anaemischen, rheumatischen Constitution, der Nervosität und Hypochondrie, für welch' letztere er besonders das Radfahren, speciell für jüngere Mädchen und unverheirathete Damen als von sehr günstigem Einfluss preist, desgleichen Connel-Peebles.

Kerr befürwortet die Anwendung der Elektricität für manche Fälle.

Punslow-Birmingham und Miss Cadell-Edinburgh sprechen sich gegen die häufige und sehr oft unnöthig angewandte innere Untersuchung bei jungen und unverheiratheten weiblichen Personen aus, durch welche, abgesehen von anderen Unannehmlichkeiten, das Krankheitsgefühl der Betreffenden gesteigert und genährt wird.

In seinem Schlusswort wies Cameron noch auf eine weitere sehr häufige Ursache der Dysmenorrhoe hin, die verschiedenen Maassnahmen und Mittel zur Verhütung der Conception.

Weiter gelangte zum Vortrag A. Donald: Ueber **intraperitoneale Hysterectomie und totale Exstirpation** bei Fibroiden des Uterus mit Beschreibung einer Reihe von Fällen. Er sowie die folgenden Redner O. Martin und Morse-Norwich stimmen dahin überein, dass die totale Uterusexstirpation die besten Resultate gebe. J. M. Lawrie sprach dann noch über die beste Methode der Ausführung der Operation.

Herbert White las über die **elektrische Behandlung von Tumoren** des Uterus, der Mamma etc.; seine Resultate sind angeblich sehr gute.

J. A. Turner sprach über die beste Prophylaxis gegen **Tetanus neonatorum** durch antiseptische Behandlung der Nabelschnur.

Am zweiten Sitzungstag eröffnete Armand Routh eine Discussion über

**Ursache und Behandlung der secundären puerperalen Blutungen.**

Er bezeichnet als solche diejenigen, welche auftreten, nachdem der Arzt die Puerpera verlassen hat, d. h. mit anderen Worten, welche nach bereits erfolgter Contraction des Uterus auftreten, von einer Stunde post partum an bis zum Ende des Wochenbettes. Er unterscheidet zwischen innerer Blutung, (grosser Uterus, kein Blutabfluss, Verschluss des Cervix durch Spasmus oder Blutgerinnsel), und äusserer Blutung mit freiem Blutabfluss. Die Ursache ist vor Allem in zurückgebliebenen Placentar- und Eihautresten zu suchen, in einer Erschlaffung der Uterusmusculatur in Folge psychischer und nervöser Erregung, oder in mangelhafter Thrombenbildung.

Die Behandlung muss darauf hinausgehen, den Uterus zu entleeren, bei der äusseren Form also zunächst bimanuelle Massage durch die Bauchwand, Compression der Bauchaorta, heisse Vaginal- und Uterindouchen von 48° C. Versagen diese Mittel oder sind bereits 3 Tage nach der Entbindung vergangen, so ist ebenso wie bei der inneren Blutung sofort die manuelle Ausräumung der Uterushöhle angezeigt. Heisse Ausspülungen, Uterustamponade und Ergotin unterstützen das Verfahren. Ist der Muttermund contrahirt, muss natürlich erst dilatirt werden.

Wallace-Liverpool erwähnt die besondere Neigung der «Bluter» zu diesen puerperalen Metrorrhagien. Die gewöhnliche Ursache ist nach seiner Ansicht ein Placentarpolyp oder eine Verlagerung des Uterus, Retroflexio, welche die Ausstossung der Blutgerinnsel erschwere. Er warnt vor übereilter Entleerung der Uterushöhle, da dieselbe ebenfalls die Blutung begünstige.

Miss Williams-Newcastle on Tyne ist derselben Ansicht, ebenso Munro Kerr-Glasgow und Donald-Manchester, welcher als weiteres, wenn auch seltenes Moment eine Ueberfütterung der Wöchnerin mit Stauung in den Gedärmen und Ptomaïnvergiftung anführt. Er erwähnt mehrere Fälle, in denen aus dieser Ursache noch am 9. Tage auftretende Blutungen durch Calomel und salinischen Abführmitteln zum Stehen gebracht wurden.

Byers macht darauf aufmerksam, dass die Hebammen speciell angewiesen werden sollen, die Blase vor dem Geburtsact zu entleeren, da eine volle Blase eine Erschöpfung des Uterus und damit eine Nachblutung begünstige. Er beschuldigt ferner die forcirte Entfernung der Placenta als eine Hauptursache der Nachblutungen, wohingegen

Kerr mit Recht einwendet, dass bei Sturzgeburten und bei Sectio caesarea eine Nachblutung zu den grössten Seltenheiten gehöre.

J. Ritchie-Edinburg empfiehlt bei Verdacht auf Uterustumoren, welche er als eine weitere Ursache der Nachblutungen anspricht, prophylactisch Strychnin zu geben und die Geburt möglichst zu beschleunigen, die Ausstossung der Placenta dagegen nicht zu forciren.

Murdoch Cameron ist gegen die Anwendung des Ergotin, er empfiehlt die in England allgemein übliche Bandagirung des Unterleibs nach der Geburt, und Stillen seitens der Mutter in allen nur irgend möglichen Fällen mindestens 6 Wochen lang.

J. D. Williams-Cardiff betont den Werth der intravenösen Salzwasserinjectionen und Van Someren erwähnt einen Fall, in dem die von Wallace empfohlene Compression der Bauchaorta als letztes Hilfsmittel eine profuse Blutung zum Stehen brachte.

Berry Hart-Edinburgh sprach dann über **Symptome und Natur der Fleischmole**, unter Vorzeigung von Präparaten.

M. Cameron demonstrirte ebenfalls ein Präparat einer Fleischmole mit Embryo und besprach die gerichtsärztliche Seite der Frage, insoferne als bei Absorption oder Ausstossung des Embryo der Rest der Fleischmole sehr leicht für die Placentarreste einer vorausgegangenen Geburt genommen werden können.

Byers-Belfast hielt einen Vortrag über **Diagnose und Behandlung der Puerperalfiebers.**

Ausgenommen einige wenige seltene Fälle nicht septischer Natur, ist jedes Fieber im Wochenbett auf Infection zurückzuführen, Sapraemie oder Septicaemie. In jedem Falle ist der Beckenboden, Vagina und Uterus einer genauen Untersuchung zu unterziehen. Die Indicationen der einfachen Uterusausspülung, der continuirlichen Uterusspülung und der Curettage werden besprochen. Während er in jedem Falle eine energische Localbehandlung verlangt, hält er die Frage der Serumtherapie mit Antistreptococcenserum sowohl, als mit grossen Quantitäten artificiellen Serums (7—10proc. Chlornatriumlösung von 40° C.) noch nicht für spruchreif. Für schwere Fälle mit Localisation des Processes innerhalb des Beckens oder Abdomens kommt die Laparotomie mit Exstirpation des Uterus in Betracht. Dass daneben die Kraft durch Darreichung von Nahrungsstoffen in concentrirter Form, Chinin, Digitalis, Strychnin und Alkohol aufrecht erhalten werden muss, ist selbstverständlich.

J. D. Williams verbreitet sich über den **Werth des Antistreptococcenserums zur Behandlung der puerperalen Septicaemie**, der Angesichts des noch mangelnden Nachweises, dass die Sepsis ausschliesslich dem Streptococcus zuzuschreiben sei, noch ein sehr problematischer ist.

Punslow und Jnglis Parsons schliessen die Sitzung mit einem Vortrag über **Perforation des nachfolgenden Kopfes**, bezw. Demonstration eines Falles von **malignem Adenom des Uterus.**

Das letzte Meeting der Section brachte eine Discussion über das Thema:

**Zangenoperation oder Wendung bei mässig verengtem Becken.**

Milne Murray-Edinburgh empfiehlt seine Modification der Tarnier'schen Achsenzugzange, welche eine Einstellung auf die verschiedenen Beckenverhältnisse zulässt und demgemäss ebenso bei platten, wie bei normalen Becken angewendet werden kann. Ein Vortheil der Anlegung der Zange gegenüber der Wendung ist vor Allem die Vermeidung der intrauterinen Manipulationen und damit Verringerung der Infectionsgefahr, ferner wird die Compression der Nabelschnur und die bei der Extraction des Kindes in Fusslage unvermeidliche Zerrung am Halse ausgeschlossen. Die Entwicklung mit der gewöhnlichen Zange scheitert daran, dass der Zug nicht in der richtigen Direction erfolgen kann und nicht wie man früher annahm, dass durch die Zangenblätter der Kopf im Querdurchmesser zusammengepresst und in Folge dessen in der Conjugata vergrössert werde. M. behauptet, dass selbst durch Compression des Schädels um 3,75 cm keinerlei Veränderung desselben im Längsdurchmesser wahrzunehmen ist. Mit der von ihm empfohlenen Zange hat er lebende Kinder selbst bei einer Conjugata von 8,75 cm entwickelt. Eine Beschreibung der nach seiner Angabe modificirten stellbaren Achsenzugzange wird gegeben.

Munro Kerr und Fothergill haben mit der Murray'schen Zange sehr gute Erfolge erzielt.

M. Cameron-Glasgow weist auf die Thatsache hin, dass manche Becken nur einseitig verengt sind und dass die Möglichkeit der Entwicklung eines lebenden Kindes davon abhängt, ob das Hinterhaupt nach der engeren oder weiteren Seite des Beckens steht. Er demonstrirt eine Zange, durch welche der Kopf im biparietalen Durchmesser gefasst werden kann, während er quer im Beckeneingang steht. Eine der gewöhnlichsten Ursachen des Abrutschens der Zange ist nach seiner Ansicht die Stellung des Hinterhauptes nach hinten, in solchen Fällen empfiehlt er manuelle Drehung desselben nach vorn und dann erst Anlegung der Zange.

Connel preist die Vorzüge der Achsenzugzange besonders wegen der damit erreichten Schonung des Perineums.

Munro Kerr-Glasgow hält bei asymmetrisch verengtem Becken in den Fällen, wo der Hinterkopf nach der verengten Seite steht, die Wendung, in den anderen die Zangenoperation für angezeigt.

Cristopher Martin sprach alsdann über **Haematometra und Pyometra,** Murdoch Cameron über **Retroflexion des graviden Uterus,** unter Angabe einer neuen Behandlungsmethode, Fothergill über die **Walcher'sche Lagerung,** durch welche er gegenüber der Steinschnittlage eine Vergrösserung der Conjugata um 0,93 cm erzielt hat, Walcher selbst giebt 0,8—1,3 cm, Klein (bei nicht Schwangeren) 0,5—0,6 cm an. Durch diese Lagerung soll nicht nur die Passage für das Kind erweitert, sondern auch durch in Folge der Beinhaltung bedingte Erschlaffung der Vulva die Gefahr eines Dammrisses vermindert werden.

Zum Schlusse folgten die Demonstration eines ausgedehnten **Naevus pigmentosus** durch G. Bannerman und ein Vortrag von Le Bec über **totale Uterusexstirpation bei grossen Fibroiden.**

(Fortsetzung folgt.) F. L.

## III. französischer Congress für innere Medicin,

**gehalten zu Nancy vom 6. bis 12. August 1896.**

(Fortsetzung.)

Mayet referirte über das zweite Hauptthema des Congresses, die Blutgerinnung innerhalb der Gefässe. Die Hauptursache derselben ist die Veränderung der Gefässwandung durch Mikroorganismen, während in einer kleineren Anzahl von Fällen die chemische Veränderung des Blutes (Zunahme seiner Gerinnungsfähigkeit) eine hervorragende Rolle spielt. Auch die localen Bedingungen der Stauung sind von Wichtigkeit, sie erklären die Thrombenbildung in den Unterextremitäten, wo die Venen nicht durch Aponeurosen klaffend gehalten werden, wie z. B. am Halse. Man könnte die Gefässthromben folgendermassen eintheilen:

1) Gerinnung, welche auf Gefässalteration durch äussere Ursachen zurückzuführen ist (Wunden, Quetschung, mechanische Compression oder durch Tumoren);

2) Gerinnung, welche ursprünglich durch Veränderung der Gefässe in Folge eines localen Processes entstanden ist (Varicen, Aneurysmen, Atherome, nicht infectiöse Phlebitis).

3) Gerinnung, bei welcher die Blutveränderung die Hauptrolle spielt und gleichsam vorbereitend wirkt, während häufig die unmittelbare Gelegenheitsursache eine Störung in der Ernährung der Gefässwand ist, wahrscheinlich ohne infectiöse Ursache (Chlorose).

4) Gerinnung, ausschliesslich durch Alteration des Blutes ohne eine solche der Gefässwandung bedingt (Scorbut).

5) Die infectiösen Gerinnungen (Phlegmasia, Puerperalfieber).

Vaquez theilt als Correferent das Thema in 3 Abschnitte: I. Die Ursachen der Gerinnung in den Gefässen, II. die anatomische Entwicklung der Gefässgerinnung, III. die allgemeinen klinischen Symptome der Thrombose. Bezüglich der Ursachen steht wohl fest, dass die Gerinnung um so leichter stattfindet, je langsamer der Blutstrom ist; bei irgendwelcher Alteration der Gefässwand ist die Möglichkeit der Gerinnung noch erhöht. Die Gerinnungsfähigkeit ist nicht bei allen Arten die gleiche, beim Hunde z. B. sehr gross, beim Pferde sehr vermindert und kann auch bei derselben Art sehr variiren (langsame Bildung von Gerinnseln bei Haemophilen). Sie kann auch durch gewisse Substanzen (Intoxication resp. Veränderung des Blutes mit Phosphor, Arsenik, Aether, Pyrogallussäure, Mikrobentoxine) erhöht werden. Schliesslich spielt die Veränderung der Gefässwandung eine grosse Rolle bei der Entstehung der Thromben, meistens ist es eine infectiöse Endovascularitis mit langsamem Verlauf, welche aus den Anfangs wandständigen Gerinnungen an Grösse zunehmende und schliesslich das Lumen ganz verstopfende Thromben macht. Die anatomische Entwicklung der Thromben beginnt mit der Anhäufung von Leukocyten, welche sich mit einem Hof von Fibrin umgeben, die Rolle der rothen Blutkörperchen ist nur eine geringe; von den Leukocyten stammen auch die Grundelemente (Hayem's Haematoblasten) zur Gerinnung des Fibrins. Erscheint eine Gerinnung in einem Gefässe, so ist ihre schliessliche Entwicklung abhängig von der ursprünglichen Ursache; bleibt die Gefässlaesion bestehen, so vergrössert sich allmählich der Thrombus, die Verlangsamung des Kreislaufes erleichtert die totale Obliteration. Dies kann die Ursache für secundäre Gerinnungen abgeben; der Thrombus vascularisirt sich, und ein ganz neuartiges Gewebe wird schliesslich (am 40.—50. Tag) aus dem Blutgerinsel. Dieses Gewebe geht entweder durch erneute Leukocyteninvasion wieder eine regressive Metamorphose ein oder es kommt zur Embolie. Die in den Arterien vorkommenden Embolieen sind von geringer Bedeutung, manchmal jedoch kann eine Zersplitterung derselben vorkommen und durch kleine Partikelchen irgend eine Endverzweigung der Arterie verstopft werden. Die im Venensystem zu Stande gekommenen Embolieen folgen dem Laufe der Vena cava beiderseits und erreichen dadurch das Herz und den Lungenkreislauf; plötzlich eintretende schwere Zufälle können dann rasch den Tod herbeiführen. Was die allgemeinen klinischen Symptome der Gefässthromben betrifft, so verursachen sie zuweilen gar keine solchen und ist der Thrombus nur ein zufälliger Leichenbefund. Die Capillarthrombosen können nur vermuthet werden, wenn sie zahlreich und obliterirend sind (Eingeweide); besonders die Syphilis kann sie im arteriellen Gebiete hervorrufen und dadurch vorübergehende Aphasie, Paralyse, intermittirendes Hinken u. A. m. bewirken. Die varicöse Phlebitis verräth sich durch den Schmerz, durch unter der Haut sichtbare und in der Richtung der Vene verlaufende Ecchymosen; später verhärtet das Gefäss und wird der Ausgangspunkt eines Phlebolithen. Die Gerinnungen in den grossen Gefässen, unter dem Namen der Phlegmasia alba dolens bekannt, entstehen durch Entzündung derselben und verursachen schliesslich Obliteration der Gefässwände; diese Venenentzündungen können multipel sein (bei Krebs, Puerperalfieber, Gicht). Manchmal beginnt die Phlebitis plötzlich, meist geht aber, besonders der Phlegmasia alba, ein Vorstadium vorher, bestehend in Schmerzen und Krämpfen in den Waden, Oedem um die Knöcheln; bei der gelegentlichen Autopsie findet man dann wandständige Gerinnungen an verschiedenen Stellen der Venen. Wenn die venöse Obliteration ihr Werk vollendet hat, ist die Ernährung beeinträchtigt, trophische Störungen erscheinen früher oder später, anfangs von hochgradigen Schmerzen begleitet und von allgemeiner oder partieller Atrophie der Glieder, von Hautstörungen (Neuritis) gefolgt.

Maurel-Toulouse kommt bezüglich der verschiedenen Arten von Thrombose zu folgenden Schlüssen. In der grossen Mehrzahl der Fälle sind die Thromben leukocytären Ursprungs, wobei wieder verschiedene Wirkungen der Leukocyten in Betracht kommen, je nachdem sie amoeboid sind oder nicht. Die Thromben können in den Arterien oder Venen beginnen, wenn ihr Endothel geschädigt ist; diese Thromben können fibrinös oder nicht fibrinös sein. Bis auf wenige Ausnahmen, scheint es, sind erstere auf Mikrobeninvasion zurückzuführen. In einigen Fällen geht zwar der Thrombenbildung die Erkrankung des Endothels voraus, meist findet aber der Vorgang in umgekehrter Weise statt.

In der weiteren Discussion folgten noch eine Anzahl casuistischer Mittheilungen über verschiedene Arten von Thrombosen, auch über ausgedehnte Gefässverstopfungen, welche zu Lebzeiten keinerlei Beschwerden oder Symptome hervorgerufen hatten, sondern erst durch die Section constatirt wurden. (Schluss folgt.)

# Verschiedenes.

Rathschläge zur Verhütung der Tuberculose. Man schreibt uns aus Hamburg, d. d. 11. September a. c.: Das Hamburgische Medicinalcollegium hat neuerdings die unten folgenden Rathschläge an die Bevölkerung zur Verhütung der Tuberculose veröffentlicht und in Form eines Flugblattes zur unentgeltlichen Vertheilung kommen lassen. Bei der Unkenntniss, die im grossen Publicum noch immer über die Ansteckungsgefahr der Tuberculose herrscht, kann dieses Vorgehen ärztlicherseits nur mit Freuden begrüsst werden und verdient, besonders für Grossstädte, allgemeine Nachahmung. Die Aufgabe, den Inhalt dieser Thesen zur Kenntniss möglichst weiter Kreise zu bringen, fällt ausser der Presse in erster Linie den Aerzten zu, denen das Flugblatt zur Vertheilung in ihrer Kundschaft unentgeltlich zur Verfügung gestellt worden ist. Dasselbe hat folgenden Wortlaut:

1. An der Tuberculose sterben alljährlich mehr Menschen als an irgend einer anderen Krankheit; in Hamburg beträgt die Zahl

ihrer jährlichen Opfer mehr als 1500. Keine andere Krankheit zehrt wie diese an der Leistungsfähigkeit und an dem Wohlstande des Volkes.

2. Von der Krankheit werden am häufigsten die Lungen ergriffen. Es können aber auch in erster Linie die Drüsen, die Knochen, die Gelenke oder andere Organe des Körpers befallen werden. Auch an diese Formen der Erkrankung kann sich im weiteren Verlaufe Lungenschwindsucht anschliessen.

3. Die Krankheit wird vorwiegend in zweierlei Weise auf den gesunden Menschen übertragen, durch den Auswurf von Menschen, welche an Lungentuberculose (Lungenschwindsucht) leiden und durch die Milch tuberculös erkrankter Kühe.

Stets vergehen Monate, manchmal Jahre nach der Aufnahme des Krankheitskeimes, bis die Folgen der Uebertragung offenkundig werden.

4. Die Uebertragung durch den Auswurf kann direct durch Anhusten geschehen. Ungleich häufiger wirkt der Auswurf dadurch ansteckend, dass er am Boden, an den Zimmerwänden, auf Taschentüchern, Kleidungsstücken, Geräthen eintrocknet, verstäubt, und dann von Gesunden eingeathmet wird.

Besonders gefährdet sind die Kinder, nicht nur, weil die Empfänglichkeit für die Krankheit in diesem Lebensalter sehr gross ist, sondern auch weil die Kinder, die viel am Boden spielen und gewohnt sind, ihre schmutzigen Hände und Spielsachen in den Mund zu stecken, leichter mit dem verstäubten Auswurf in Berührung kommen.

Erhöht ist die Empfänglichkeit in den Zeiten, wo der Körper aus irgend welchen Gründen (z. B. Wochenbett, Krankheit) angegriffen ist, bei Kindern besonders während der Masern und des Keuchhustens.

Auch durch kleine Wunden (nässende Hautausschläge, Kratzwunden bei Ungeziefer, kranke Zähne) können die Krankheitskeime Eingang in den Körper Gesunder finden.

5. Um die Uebertragung durch den Auswurf zu verhindern, ist es nöthig, dass Jeder, der an Husten leidet, beim Husten die Hand vor den Mund hält und seinen Auswurf nur in die für die Aufnahme desselben bestimmten Spucknäpfe oder Spuckgläser entleert.

Die gesunden Angehörigen von Brustkranken sollten darüber wachen, dass die vorstehende Vorschrift streng innegehalten wird.

Jeder Schwindsüchtige, welcher die vorstehende Vorschrift versäumt, gefährdet die Gesundheit seiner Mitmenschen, am meisten die Gesundheit seiner nächsten Angehörigen, welche mit ihm dieselben Räume bewohnen.

Ein Schwindsüchtiger, welcher diese Vorschriften genau erfüllt, ist für seine Umgebung nicht gefährlich.

6. Es empfiehlt sich, in allen Räumen, in denen viele Menschen verkehren, Spucknäpfe aufzustellen; in den Aufenthaltsräumen von Tuberculösen müssen sie stets vorhanden sein.

Zur Füllung der Spucknäpfe eignen sich in erster Linie feuchte Sägespähne, Holzwolle, Torfstreu und demnächst Wasser.

Der Inhalt der Spucknäpfe soll oft gewechselt und womöglich im Heerd oder Ofen verbrannt, aber nie zum Kehricht gethan werden. Mit Wasser gefüllte Spucknäpfe sind in die Closets zu entleeren.

7. Mit Auswurf von Schwindsüchtigen verunreinigte Kleider, Wäsche, Geschirre, Effecten müssen sorgfältig gereinigt, am besten ausgekocht oder desinficirt werden.

8. In Räumen, wo Schwindsüchtige verkehren, sorge man für strenge Reinlichkeit, reichliche Ventilation, möglichst viel Sonnenlicht; namentlich bekämpfe man jeden Staub durch häufiges feuchtes Aufscheuern.

Räume, in denen Schwindsüchtige lange gelebt haben oder gestorben sind, sollten nachher desinficirt werden.

Man beziehe keine Wohnung, in der unmittelbar vorher ein Schwindsüchtiger gewohnt hat, ehe dieselbe desinficirt ist.

(Die Desinfectionen werden von den staatlichen Desinfectionsanstalten gegen eine mässige gesetzliche Gebühr ausgeführt. Die Gebühr fällt fort, wenn die Desinfection auf Antrag eines Armenarztes erfolgt, in anderen Fällen ist die Polizei-Behörde befugt, bei nachgewiesener Bedürftigkeit die Gebühren zu ermässigen oder ausser Ansatz zu lassen. Jede Polizeiwache nimmt Anträge auf Vornahme von Desinfectionen entgegen.)

9. Schwindsüchtige sollen nicht mit Gesunden in einem Bett schlafen; Kinder sind von den Krankenzimmern Schwindsüchtiger fern zu halten.

Wo Schwindsüchtige mit Lebensmitteln oder Bekleidungsgegenständen beschäftigt sind, oder wo Schwindsüchtige mit Gesunden regelmässig zusammen kommen (in Schulen, Bureaus, Werkstätten, Fabriken) mache der Haushaltungs-, Schul-, Bureau- oder Betriebsvorstand ihnen die Vorsichtsmaassregeln unter 5 zur besonderen Pflicht und halte auf strenge Reinlichkeit in jeder Beziehung.

10. Schwindsüchtige Frauen dürfen Kinder nicht stillen.

11. Die Tuberculose des Rindviehes (Perlsucht) ist eine auch in der Nähe Hamburgs ausserordentlich verbreitete Krankheit, die oft schwierig zu erkennen ist. Da die Krankheitskeime oft in die Milch der Kühe übergehen, muss alle Milch gekocht werden, ehe sie genossen wird.

12. Die Aussichten für die Wiederherstellung Tuberculöser sind um so günstiger, je früher dieselben sich in ärztliche Behandlung begeben.

Hamburg, 20. August 1896.

Das Medicinal-Collegium.

# Tagesgeschichtliche Notizen.

**München**, 15. Sept. Der Director und die Mitglieder des Kaiserl. Gesundheitsamtes widmen dem verstorbenen Geh. Rath v. Kerschensteiner in den V. d. K. G. folgenden Nachruf: Am 2. d. M. ist der Kgl. bayerische Geheime Rath, Obermedicinalrath im Kgl. bayerischen Staatsministerium des Innern Dr. Ritter v. Kerschensteiner in München sanft entschlafen. Derselbe hat dem Gesundheitsamte als ausserordentliches Mitglied seit dem Beginn dieser Einrichtung angehört. Seine aussergewöhnlich reichen Kenntnisse und Erfahrungen hat der Verstorbene stets mit grösster Bereitwilligkeit in den Dienst unserer gemeinsamen Angelegenheiten gestellt. Wir haben in ihm indess nicht allein einen hochgeehrten Berather und Collegen, sondern auch einen lieben Freund verloren; seinen lauteren Charakter und sein warm empfindendes Herz schätzte Jeder, der Gelegenheit gehabt hatte, mit ihm in nähere Beziehungen zu treten.

— Die Aerztekammer für Berlin-Brandenburg wird zur Berathung des Entwurfes der neuen Prüfungsordnung für Mediciner Mitte October zusammentreten. Die Berichterstattung haben Professor Dr. Guttstadt und Professor Dr. Mendel übernommen. Auf die Tagesordnung wird ausserdem noch der Bericht der Kommission für ärztliches Unterstützungswesen gesetzt werden. Im November finden Neuwahlen zur Kammer statt.

— Prof. Dr. med. Paul Güterbock, Medicinalrath beim Medicinalcollegium der Provinz Brandenburg und Docent an der Universität Berlin, ist zum Geheimen Medicinalrath ernannt worden.

— Geheimer Medicinalrath Dr. Hirschberg aus Berlin bereist gegenwärtig im ministeriellen Auftrage die Provinzen Ost- und Westpreussen, um die Verbreitung der herrschenden contagiösen Augenkrankheit festzustellen.

— Der Verein für Volksheilstätten (a. V.) in München hat in seiner am Montag den 7. ds. abgehaltenen ausserordentlichen Generalversammlung die Vorstandschaft einstimmig mit der Ausführung und dem sofortigen Beginne des Baues der Volksheilstätte bei Planegg nach den vorliegenden Plänen und Kostenvoranschlägen des Architekten Herrn M. Dosch beauftragt. Da die nöthigen Vorarbeiten von Seiten der Vorstandschaft bereits erledigt sind, kann die Grundsteinlegung zu dieser ersten Volksheilstätte in Bayern in allernächster Zeit stattfinden.

— In München ist in dem ehemaligen Gebäude des k. Central-Taubstummen-Instituts, Karlstr. 45, ein medico-mechanisches Institut nebst Genesungshaus für Unfallverletzte errichtet worden. Die Anstalt besitzt Apparate sowohl schwedischer als deutscher Systeme für active und passive Bewegungen. Die Apparate für passive Bewegungen werden mittels eines Gasmotors getrieben. Ausser der medico-mechanischen wird besonders die Behandlung mittels Massage gepflegt werden. Die Anstalt verfügt über 30 Betten, welche vorzugsweise für die Aufnahme nachzubehandelnder verletzter Arbeiter bestimmt sind. Auswärtige Privatkranke, oder Solche, welche zum ambulatorischen Besuche der Anstalt nicht befähigt sind, können in der unmittelbar anstossenden Pension Fortuna (Karlstr. 45), völlige Pension zu mässigen Preisen erhalten. Die ärztliche Behandlung liegt in den Händen des praktischen Arztes, Herrn W. Dorn, bisher Volontärarzt in der k. chirurg. Klinik als Hausarzt; als consultirender Arzt fungirt Herr Dr. Adolf Schmitt, Privatdocent der Chirurgie an der Universität.

— Professor A. Landerer in Stuttgart hat im Mineralbad Krähenbad bei Alpirsbach im Schwarzwald eine Heilanstalt für Behandlung innerer und chirurgischer Tuberculose mittelst Zimmtsäure eingerichtet. Die Behandlung wird von Prof. Landerer geleitet, Hausarzt ist Dr. Elwert. Die Anstalt kann 25 Kranke aufnehmen; die Pflege besorgen Schwestern vom rothen Kreuz.

— In der 35. Jahreswoche, vom 23. bis 29. August 1896, hatten von deutschen Städten über 40 000 Einwohner die grösste Sterblichkeit Königshütte mit 41,0, die geringste Sterblichkeit Stuttgart mit 10,9 Todesfällen pro Jahr und 1000 Einwohner.

— Aus Anlass der Naturforscher-Versammlung wird für die Zeit vom 21.—26. September im Saalbau in Frankfurt a. M. eine Postanstalt in Wirksamkeit treten und für die Besucher der Versammlung von 8—6 Uhr geöffnet sein.

(Universitätsnachrichten) **Leipzig.** Stabsarzt Dr. Friedrich, Privatdocent für Chirurgie und Assistent an der hiesigen chirurgischen Klinik, wurde zum Director der chirurgischen Poliklinik als Nachfolger des verstorbenen Geheimraths Benno Schmidt ernannt. — Prof. Dr. Barth aus Breslau erhielt einen Ruf als a. o. Professor für Ohrenheilkunde.

**Italien.** Habilitirt als Privatdocenten: Dr. Arcangeli-Rom für spec. med. Pathologie; Dr. Gurrieri-Bologna für gerichtliche Medicin; Dr. Gosio-Turin für Hygiene; Dr. Ajevoli-Neapel für spec. chirurg. Pathologie; Dr. Giacomini-Siena für vergleichende Anatomie; Dr. Carrara-Turin für gerichtl. Medicin; Dr. Faraci-Palermo für Oto-Laryngologie.

Berichtigung. In einem Theile der Auflage unserer vorigen Nummer ist in dem Artikel des Herrn Dr. Dürck (nicht Dürk) auf S. 842, Sp. 2, Z. 6 von oben der Druckfehler «Bacillen» statt «Bouillon» stehen geblieben, was wir zu corrigiren bitten. — In derselben Nummer ist auf S. 849, Sp. 1, Z. 31 von unten zu lesen Dehio statt Schio.

## Correspondenz.

New York City, 15. Juli 1896.

An den Redacteur der «Münchener Medicinischen Wochenschrift».

Geehrter Herr!

Ich ersuche Sie ergebenst um die Aufnahme der folgenden Zeilen in Ihrem geschätzten Blatt als Antwort auf eine sehr persönliche Bemerkung Ihres Wiener Correspondenten in No. 25 vom 23. Juni 1896.

Zunächst erlaube ich mir, Ihren Herrn Correspondenten darauf hinzuweisen, dass hier zu Lande Leitartikel in einer Zeitung von dem Redacteur geschrieben zu werden pflegen, dessen Name leicht genug zu finden ist, sodass man ihn wohl kaum einen Anonymus nennen kann.

Sodann: Ihr Herr Correspondent schrieb in dem Brief vom 21. April Folgendes:

«Durch die sofortige Anzeige der Genesung, respective des Ablebens eines solchen Kranken werden die städtischen Sanitätsorgane erst in den Stand gesetzt, sofort die entsprechende Desinfection der Wohnung und Utensilien einzuleiten, wodurch allein eine weitere Verbreitung der Krankheitskeime verhütet wird. Der praktische Arzt arbeitet demnach mit an der Wahrung der öffentlichen Gesundheitspflege — unbesoldet, und, was noch mehr sagen will, zu seinem eigenen Schaden. Gibt es noch einen zweiten Stand, der sich selbst und mit vollster Erkenntniss der Sachlage die Wurzeln seiner Existenz untergräbt?»

Wenn Jemand durch die Verhütung der Ausbreitung einer Seuche «zu seinem eigenen Schaden arbeitet» und «damit die Wurzeln seiner Existenz untergräbt», so ist eine solche Sprache doch nur so zu verstehen, dass

«er bedauert, dass durch Desinfection etc. die Ausbreitung einer Seuche verhindert wird, welche doch im Interesse des Arztes liege.»

Wenn der ungenannte Herr mir den Rath ertheilt, «gut lesen, geehrter Herr College», so darf ich ihm wohl mit mehr Recht zurufen: «gut schreiben, Herr Correspondent!»

Mit vorzüglicher Hochachtung

Ergebenst

Dr. Otto G. T. Kiliani,

Redacteur der «New Yorker Medicinischen Monatsschrift».

Wir entsprechen hiermit dem Ersuchen des Herrn Dr. Kiliani um Abdruck des obigen Briefes, obwohl die Sache desselben dadurch nicht verbessert wird. Wir brauchen wohl unseren Herrn Correspondenten gegen die seltsame Logik dieses Briefes unseren Lesern gegenüber nicht in Schutz zu nehmen, wollen aber doch bemerken, dass derselbe jeden Zweifel, wie seine Worte gemeint sein sollten, ausschliesst, indem er fortfährt:

«Ich glaube nicht. Diese unsere Thätigkeit verdiente wohl von der ganzen menschlichen Gesellschaft, zumal aber von den zuständigen Behörden entsprechend gewürdigt zu werden.»

Es wird also die uneigennützige Thätigkeit der Aerzte keineswegs bedauert, sondern nur, und mit vollem Recht, verlangt, dass dieselbe auch anerkannt werde. Merkwürdiger Weise hat Herr Dr. Kiliani diesen für das Verständniss so wichtigen Satz in sein Citat nicht aufgenommen.

Unser Correspondent hat also einen richtigen Gedanken vollkommen klar ausgedrückt und das ihm zugerufene «gut schreiben!» erscheint überflüssig. Wohl aber wird Herr Dr. Kiliani nicht nur den Rath hinnehmen müssen: «gut lesen, Herr College», sondern überdies: «ganz citiren!»

Red.

## Personalnachrichten.

### Bayern.

**Niederlassung:** Dr. Berth. Peisack, appr. 1895, zu München.

**Versetzt:** Der Bezirksarzt Dr. Franz Beck in Mellrichstadt seinem Ansuchen entsprechend auf die Bezirksarztensstelle Eichstätt.

**Verzogen:** Dr. Hubbauer von München nach Burghausen.

**Gestorben:** Dr. Oscar Groll, Krankenhaus- und Bahnarzt in Straubing, 66 Jahre alt.

## Morbiditätsstatistik d. Infectionskrankheiten für München

in der 36. **Jahreswoche** vom 30. August bis 5. September 1896.

Betheil. Aerzte 400. — Brechdurchfall 38 (43*), Diphtherie, Croup 26 (27), Erysipelas 9 (10), Intermittens, Neuralgia interm. 1 (2), Kindbettfieber 2 (3), Meningitis cerebrospin. — (1), Morbilli 6 (11), Ophthalmo-Blennorrhoea neonat. 7 (4), Parotitis epidemica 1 (2), Pneumonia crouposa 8 (8), Pyaemie, Septicaemie — (—), Rheumatismus art. ac. 24 (11), Ruhr (dysenteria) — (—), Scarlatina 18 (32), Tussis convulsiva 42 (37), Typhus abdominalis 3 (4), Varicellen 4 (8), Variola, Variolois — (—). Summa 189 (203). Medicinalrath Dr. Aub.

## Uebersicht der Sterbefälle in München

während der 36. Jahreswoche vom 30. August bis 5. September 1896.

**Bevölkerungszahl: 406 000**

**Todesursachen:** Masern — (—*), Scharlach — (1), Diphtherie und Croup 1 (4), Rothlauf — (—), Kindbettfieber — (1), Blutvergiftung (Pyämie) — (—), Brechdurchfall 5 (7), Unterleibstyphus — (—), Keuchhusten — (4), Croupöse Lungenentzündung 2 (3), Tuberculose a) der Lungen 14 (25), b) der übrigen Organe 6 (4), Acuter Gelenkrheumatismus 2 (—), andere übertragbare Krankheiten 2 (4), Unglücksfälle 3 (4), Selbstmord — (1), Tod durch fremde Hand 1 (—).

Die Gesammtzahl der Sterbefälle 175 (167), Verhältnisszahl auf das Jahr und 1000 Einwohner im allgemeinen 22,4 (21,4), für die über dem 1. Lebensjahr stehende Bevölkerung 14,7 (11,5), für die über dem 5. Lebensjahr stehende 13,8 (10,5).

*) Die eingeklammerten Zahlen bedeuten die Fälle der Vorwoche.

## Morbiditätsstatistik der Infectionskrankheiten in Bayern: Juni[1]) und Juli 1896.

| Regierungsbezirke bezw. Städte über 30,000 Einwohner | Brechdurchfall | | Diphtherie, Croup | | Erysipelas | | Intermittens, Neuralgia int. | | Kindbettfieber | | Meningitis cerebrospin. | | Morbilli | | Ophthalmo-Blennorrh. neonator. | | Parotitis epidemica | | Pneumonia crouposa | | Pyaemie, Septicaemie | | Rheumatismus art. ac. | | Ruhr (dysenteria) | | Scarlatina | | Tussis convulsiva | | Typhus abdominalis | | Varicellen | | Variola, Variolois | | Zahl der Aerzte überhaupt | Zahl der betheilig. Aerzte |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | J. | Jl. | J. | Jl. | J. | Jl. | J. | Jl. | J. | Jl. | J. | Jl. | J. | Jl. | J | Jl. | J. | Jl. | J. | Jl. | J. | Jl. | J. | Jl. | J. | Jl. | J. | Jl. | J. | Jl. | J. | Jl. | J. | Jl. | J. | Jl. | | J. |
| Oberbayern | 278 | 495 | 145 | 164 | 125 | 96 | 39 | 29 | 8 | 13 | 3 | 6 | 129 | 90 | 48 | 45 | 52 | 25 | [illegible] | 156 | 5 | 6 | 227 | 223 | — | 4 | 142 | 181 | 218 | 285 | 11 | 13 | 68 | 50 | — | — | 728 | 493 |
| Niederbay. | 103 | 106 | 27 | 27 | 49 | 34 | 8 | 6 | 2 | 7 | 1 | 4 | 6 | 4 | 2 | 2 | 1 | 8 | 139 | 74 | 2 | 3 | 71 | 52 | 1 | 6 | 24 | 20 | 15 | 15 | 6 | 7 | 4 | 5 | — | — | 178 | 79 |
| Pfalz | 202 | 277 | 100 | 72 | 33 | 20 | 7 | 5 | 8 | 9 | — | 1 | 202 | 211 | — | 6 | — | 19 | 199 | 93 | — | 2 | 56 | 28 | — | 1 | 34 | 38 | 105 | 93 | 12 | 16 | 16 | 12 | — | — | 251 | 90 |
| Oberpfalz | 132 | 167 | 53 | 46 | 35 | 31 | 15 | 6 | 4 | [illegible] | — | — | 5 | 5 | 2 | 2 | 45 | 22 | 179 | 120 | — | 6 | 61 | 42 | — | — | 23 | 23 | 51 | 86 | 14 | 4 | 6 | 12 | — | — | 137 | 87 |
| Oberfrank. | 97 | 133 | 57 | 55 | 37 | 33 | 6 | 8 | 5 | 2 | — | 3 | 20 | 27 | 1 | 2 | 3 | 11 | 162 | 126 | — | 1 | 50 | 33 | 5 | 2 | 9 | 7 | 98 | 84 | — | 8 | 14 | 12 | — | — | 174 | 96 |
| Mittelfrank. | [illegible] | 167 | 103 | 44 | 40 | 9 | 14 | 12 | 2 | 3 | 6 | 2 | 17 | 12 | 5 | — | 8 | 3 | 194 | 112 | 2 | — | 145 | 39 | 2 | 1 | 36 | 18 | 139 | 49 | 8 | — | 23 | 7 | — | — | 298 | 108 |
| Unterfrank. | 121 | 172 | 66 | 71 | 29 | 18 | — | 4 | 1 | 1 | 1 | — | 72 | 247 | — | — | 12 | 6 | 128 | 63 | — | — | 40 | 24 | — | — | 13 | 11 | 75 | 37 | 11 | 6 | 3 | 3 | — | — | 284 | 116 |
| Schwaben | 160 | 142 | 92 | 88 | 59 | 27 | 12 | 6 | 4 | 4 | — | 1 | 167 | 93 | 2 | 3 | 3 | 2 | 168 | 79 | 3 | 3 | 87 | 42 | — | — | 13 | 17 | 164 | 115 | 13 | 4 | 15 | 5 | — | — | 263 | 110 |
| Summe | 1302 | 1659 | 643 | 567 | 407 | 268 | 101 | 76 | 34 | 42 | 11 | 17 | 618 | 689 | 60 | 60 | 124 | 96 | 1365 | 823 | 12 | 21 | 737 | 483 | 8 | 14 | 294 | 315 | 865 | 764 | 75 | 58 | 149 | 106 | — | — | 2313 | 1179 [2] |
| Augsburg | . | . | . | . | . | | . | . | . | . | . | . | . | . | . | . | . | . | . | . | . | . | . | . | . | . | . | . | . | . | . | . | . | . | . | . | 60 | . |
| Bamberg | 10 | 8 | — | 4 | 5 | — | — | 1 | — | — | — | — | — | 1 | — | — | — | 2 | 11 | 5 | — | — | 7 | 7 | 1 | — | — | 1 | 7 | 9 | — | — | — | — | — | — | 34 | 11 |
| Fürth | 8 | 4 | 5 | 3 | 3 | 2 | — | — | — | — | — | — | 1 | — | — | — | — | 1 | 8 | 2 | — | — | 9 | 7 | — | — | 1 | — | 6 | — | — | — | — | — | — | — | 26 | 7 |
| Kaiserslaut. | 12 | 12 | 11 | 14 | — | — | 2 | — | — | — | — | — | 4 | 22 | — | 2 | — | — | 3 | 2 | — | — | 3 | 2 | — | — | 10 | 3 | 1 | — | 1 | — | — | — | — | — | 16 | 5 |
| Ludwigshaf. | 47 | 25 | 7 | 1 | 4 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 14 | 4 | — | — | 6 | 2 | — | — | 2 | 1 | 30 | 6 | 1 | — | 1 | — | — | — | 14 | 9 |
| München[3]) | 120 | 246 | 80 | 115 | 80 | 52 | 5 | 6 | 4 | 11 | 1 | 1 | 59 | 49 | 38 | 37 | 18 | 11 | 80 | 62 | 1 | 3 | 124 | 120 | — | 1 | 126 | 166 | 148 | 201 | 8 | 6 | 53 | 44 | — | — | 435 | 400 |
| Nürnberg | 95 | . | 60 | . | 21 | . | 3 | | — | . | 1 | . | 2 | . | — | . | 4 | . | 42 | . | — | — | 72 | . | — | . | 25 | . | 109 | . | 5 | . | 16 | . | — | . | 115 | . |
| Regensburg | 62 | 48 | 13 | 8 | 13 | 7 | 2 | 2 | 1 | — | — | — | 3 | 1 | 1 | 2 | 18 | 2 | 20 | 15 | — | 1 | 19 | 13 | — | — | 3 | 3 | 34 | 59 | 9 | — | 3 | 7 | — | — | 39 | 32 |
| Würzburg | 45 | 68 | 17 | 21 | 7 | 12 | — | 2 | — | — | — | — | 66 | 235 | — | — | 6 | 3 | 20 | 12 | — | — | 14 | 6 | — | — | 13 | 10 | — | 1 | 1 | 4 | — | — | — | — | 79 | 30 |

Bevölkerungsziffern: Oberbayern 1,185,930, Niederbayern 672,902, Pfalz 765,914, Oberpfalz 546,664, Oberfranken 585,688, Mittelfranken 736,943, Unterfranken 632,457, Schwaben 687,962. — Augsburg 80,798, Bamberg 38,949, Fürth 46,592, Kaiserslautern 40,776, Ludwigshafen 39,801, München 407,174, Nürnberg 162,380, Regensburg 41,474, Würzburg 68,714.

1) Einschliesslich einiger seit der letzten Veröffentlichung (No. 31) eingelaufener Nachträge.

2) Im Monat Juni einschliesslich der Nachträge 1393. 3) 23.–26. bezw. 27.—31. Jahreswoche.

Einsendungen fehlen aus den unmittelbaren Städten Augsburg und Nürnberg und den Aemtern: Rosenheim, Dingolfing, Griesbach, Kötzting, Landshut, Neunburg v. W., Neustadt a. A., Nürnberg, Karlstadt, Lohr, Obernburg, Günzburg, Neuburg a. D. und Sonthofen.

Höhere Erkrankungszahlen (ausser von obigen Städten) werden gemeldet aus folgenden Aemtern bezw. Orten: Brechdurchfall: Bez.-Amt München II 57, Pirmasens 40 Fälle. — Morbilli: Die Epidemie im Amte Wegscheid nunmehr über 4 Gemeinden verbreitet; in den Schulen Breitenberg 133 (von 224), Sonnen 50 Kinder erkrankt ohne Inanspruchnahme ärztlicher Behandlung. Im Amte Staffelstein die Epidemie noch nicht erloschen und sind meist die westlichen Bezirke befallen. Masern noch sehr häufig in Rettenbach (Memmingen) und im Kammelthale besonders in Pfaffenhausen (Mindelheim), woselbst mindestens die Hälfte der Schulkinder erkrankt. — Scarlatina: Epidemisch neben Masern in Krimbach (Kusel). ca. 25 Fälle in der Stadt Rothenburg a. T. ärztlich behandelt. — Tussis convulsiva: Epidemisches Auftreten in Krattelbach (Kusel), Waischenfeld (Ebermannstadt), Alesheim (Weissenburg); im Amte Ebern nach den Anzeigen der Bürgermeister 138 Kinder erkrankt. Häufiges Vorkommen ferner in den Städten Schwabach und Memmingen, sowie im Amte Rothenburg a. T.

Influenza wurde nach dem Berichte von Burglengenfeld im Juli besonders bei Kindern häufig beobachtet.

Berichtigung: Die im Monate Mai (No. 27) aus dem Amte Parsberg gemeldeten 2 Fälle von Variola sind als auf irrthümlichem Eintrage beruhend in die Rubrik Varicellen zu übertragen.

☛ **Portofreie Postkartenformulare für vorliegende Statistik sind durch die zuständigen Herren k. Bezirksärzte zu erhalten, welche sich im Bedarfsfalle unter Angabe der Zahl der sich betheiligenden Aerzte an das K. Statistische Bureau wenden wollen.**

Im Interesse der vorliegenden Statistik wird um rechtzeitige (womöglich bis längstens 20.) und regelmässige Einsendung dringendst ersucht.

Verlag von J. F. Lehmann in München. — Druck der E. Mühlthaler'schen k. Hof-Buchdruckerei in München.